

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Luiz Roberto de Oliveira Geron

Megalomania: um Eu às voltas com ele mesmo

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2010

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Luiz Roberto de Oliveira Geron

Megalomania: um Eu às voltas com ele mesmo

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação do Professor Doutor Manoel Tosta Berlinck.

SÃO PAULO

2010

BANCA EXAMINADORA

DEDICATÓRIA

*A Cecília, mulher que eu amo, e que soube ver
em mim o que havia de melhor.*

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Manoel Tosta Berlinck, por ter aceitado orientar esse trabalho e mais ainda por ter me proporcionado a oportunidade de fazer parte do grupo de pesquisadores do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC-SP.

À Professora Doutora Ana Cecília Magtaz e ao Professor Doutor Paulo José Carvalho da Silva, pelas valiosas sugestões na qualificação e durante todo o trajeto até aqui.

À Doutora Marciela Henckel, pelas intervenções sempre precisas nos seus comentários.

A Elizeth Andrade de Oliveira, pelos comentários sempre preocupados com as questões clínicas.

A Patrícia Brito, Carmen Ávila e Paula Land Curi, pelo apoio e amizade.

Aos amigos pesquisadores do Laboratório: Norton A. Albrecht, Daniel Assunção Alencar, Alessandra Balaban, Ana Irene Canongia, José Raimundo Evangelista da Costa, Teresa Endo, Daniela Escobari, Sergio de Gouvêa Franco, Regina Gromann, Fani Hisgail, Julieta Jerusalinsky, Suzana Maria da Silva Ferreira Lima, Gabriela Rinaldi Meyer, Oscar Miguelez, Lusimar de Melo Pontes, Patrícia Farina, Fernanda Serpeloni, Alfredo Simonetti, Maria das Graças Ramos Del Corso, Cristiana Kehdi Gerab, Vivian Anijar Fragoso Rei, Sonia Christina Thorstensen, José Waldemar Thiensen Turna, Claudio Waks, José Carlos Zeppelini Junior.

Aos amigos David Borges Florsheim e Francisco Garzon, pelos bons momentos que passamos juntos e pelas sempre bem-humoradas colocações.

A Mônica Pereira e ao Marcos Aurélio de Oliveira, secretário do Comitê de Ética e Pesquisa da PUC-SP, pelo auxílio sempre prestado com educação e respeito.

Ao CNPq, pela bolsa de estudos que muito auxiliou nessa pesquisa.

GERON, Luiz Roberto de Oliveira. *Megalomania: um Eu às voltas com ele mesmo*. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

RESUMO:

Esta dissertação teve por finalidade discutir as implicações da incidência da megalomania em um caso clínico acompanhado no âmbito da clínica particular. Dentro dessa perspectiva foram discutidas as possíveis influências negativas da megalomania e da paranoia no estabelecimento da transferência e, conseqüentemente, na condução do tratamento.

Fizemos uma reflexão sobre a possível incidência da megalomania nas neuroses de transferência, na melancolia, na paranoia e na esquizofrenia. Essa reflexão foi realizada com base na psicanálise. Utilizamos prioritariamente os textos de Sigmund Freud.

Dada a peculiaridade do caso clínico, discutiu-se a possibilidade de que o paciente tenha iniciado, na época do tratamento, a construção de um aparelho de influenciar, aparelho esse que foi subsidiado pelo uso das ciências da informática e com manifestação primordial na rede mundial de computadores – Internet. Para isso, nos apoiamos nas ideias de Victor Tausk discutidas no texto “Da gênese do ‘aparelho de influenciar’ no curso da esquizofrenia”.

Palavras-chave: Psicopatologia Fundamental, método clínico, megalomania e paranoia.

GERON, Luiz Roberto de Oliveira. *Megalomania: um Eu às voltas com ele mesmo*. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

ABSTRACT:

This dissertation aimed at discussing the implications of the megalomania incidence on a clinical case followed up at a private clinic. Considering such perspective, some possible negative influences of the megalomania as well as the paranoia were studied in the transference establishment and hence in the course of treatment.

A possible incidence of megalomania in the transference neurosis, melancholy, paranoia and schizophrenia was taken into account. Such reflection was performed based on psychoanalysis. Sigmund Freud's texts were primarily used.

Due to the peculiarity of the clinical case, it was considered the possibility that the patient has started, at the time of the treatment, the construction of an influence machine, such machine was provided by the use of computer science, having its primordial manifestation with the arousal of the computer worldwide Internet. In order to do so, we based our conclusions on the ideas of Victor Tausk's text "On the origin of the "The influence machine" in schizophrenia."

Key Words: Fundamental Psychopathology, clinical method, megalomania and paranoia.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
CAPÍTULO 1 – Método Clínico e Psicopatologia Fundamental.....	16
CAPÍTULO 2 – Caso clínico: Um viajante sem ter aonde ir.....	25
CAPÍTULO 3 – A megalomania na melancolia e na paranoia.....	46
CAPÍTULO 4 - Considerações sobre o aparelho de influenciar de Tausk: a informática, representada pela Internet, como modelo do aparelho.....	60
CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS	80

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é a extensão de um trabalho que iniciamos na clínica. O caso Renato nos possibilitou, após o encerramento do tratamento, pensar o mal-estar vivido durante todo o percurso. Esse mal-estar estava ligado ao fato de que nos encontrávamos frente a um impedimento. Não era possível identificar a transferência e, portanto, manejá-la. Apesar disso, o tratamento ocorreu por dois anos no âmbito da clínica particular.

Aventamos neste estudo que a megalomania seja um dos impedimentos para o estabelecimento adequado da transferência. Como a megalomania interferiria na transferência a ponto de impedir o tratamento? Em que casos a megalomania se manifesta? Pode a megalomania ser um critério diagnóstico? Para discutir essas e outras questões utilizaremos como base teórica a psicanálise. Entendemos que a psicanálise poderá nos oferecer uma base segura para discutirmos os fenômenos que se apresentaram nessa vivência clínica. Não iremos além de Freud. Sabemos que muitos outros psicanalistas modernos discutiram e enriqueceram a teoria psicanalítica, mas entendemos que os escritos de Freud ainda nos dão a adequada sustentação teórica para o estudo que pretendemos empreender aqui.

Renato nos propiciou, com o relato de sua história de vida, fazer uma reflexão sobre o sofrimento humano. Esse sofrimento que em dado momento, no início do tratamento, parecia fútil e relativo se mostrou intenso, persistente e paralisante. Ele sofria intensamente e de forma solitária, pois não conseguia ser ouvido pelos médicos e familiares. Como veremos no relato do caso clínico, no Capítulo 2, sua vida foi se transformando de uma promessa, de uma grande esperança, em uma tragédia com dependência dos familiares e insanidade.

Apesar de ter apresentado todos os sintomas que apresentou e de sua vida ter tomado o rumo que tomou, vale a pena relatar aqui nossa admiração por essa família que soube acolher esse familiar que trazia em si um sofrimento tão intenso, sem tê-lo abandonado à própria sorte em clínicas ou hospitais psiquiátricos.

Esse caso clínico nos parece um exemplo interessante para pensarmos a incidência da megalomania na paranoia. Por questões relativas à própria estrutura do trabalho acadêmico, não iremos discutir nem a nosologia e nem a nosografia desse caso clínico. Não nos interessa entrar em discussões sobre as classificações das enfermidades sob a perspectiva psiquiátrica e tampouco sob a perspectiva psicanalítica.

Trata-se de discutirmos aqui as questões relativas a esse caso clínico que é singular. Para isso nossa pesquisa está engajada na proposta da Psicopatologia Fundamental. Segundo Henckel,

A Psicopatologia Fundamental tem uma posição clínica determinada por seu princípio de consideração da “voz única” do sujeito que sofre, dispondo-se a escutar esse sujeito, a fim de transformar a narrativa do seu sofrimento, da sua paixão, do seu padecimento em experiência terapêutica, entendendo-se por esta o enriquecimento promovido pela possibilidade de pensar. (HENCKEL, 2009, p. 22)

Por assumir essa posição clínica, a Psicopatologia Fundamental é o lugar adequado para se empreender uma pesquisa em que o estudo do caso clínico é o melhor caminho a ser seguido. Perceberemos mais adiante a importância da narrativa do caso clínico nesta pesquisa.

A narrativa é a construção representativa da situação vivida na clínica entre o clínico e o paciente. Essa construção é uma segunda navegação do observador que se debruçou sobre o caso, portanto, a pessoa (o paciente) não está na narrativa. O que garante o anonimato do paciente. Na narrativa utilizada nesta pesquisa buscou-se garantir esse anonimato através de medidas que impossibilitassem a

identificação do paciente: omitimos detalhes, trocamos os nomes dos personagens, lugares e empresas. Como nos diz Henckel: “O caso abstrai da história individual do paciente na clínica, pois não se refere a tal ou qual paciente, à sua pessoa, mas a uma vivência clínica *pática* do psicoterapeuta que, por sua condição, solicita uma construção, uma narrativa” (2009, p. 35). É importante também ressaltar que o caso clínico não se presta a ilustrar, nem tampouco a confirmar uma teoria. Esse tema será abordado de forma mais ampla no Capítulo 1 sobre o Método Clínico e Psicopatologia Fundamental.

Podemos concluir com a ajuda dessa autora que:

O método, portanto, pode ser compreendido como o *setting* necessário para que a narrativa, que sustenta a elaboração do caso, possa ser construída de maneira organizada – de forma que possa conter uma movimentação de hipóteses e saberes que mantenham as pesquisas e o desenvolvimento das ciências em um caminhar contínuo. (HENCKEL, 2009, p. 38)

Essa construção organizada de saberes e hipóteses não resulta em uma teoria, mas sim, em uma metapsicologia que é uma representação discursiva da psique.

Como já dissemos anteriormente, será com o apoio da psicanálise freudiana que nos aventuraremos a desenvolver uma metapsicologia do caso Renato.

Para Freud a megalomania pode engendrar uma paranoia: “Recordamos que a maior parte dos casos de paranoia incorporam certo montante de delírio de grandeza, e que o delírio de grandeza pode constituir por si só uma paranoia.” (FREUD, 1910a, p.1523) Com essa afirmação já podemos perceber que a megalomania e a paranoia estão quase sempre se manifestando conjuntamente. É possível que encontremos casos clínicos em que a megalomania anteceda a aparição da paranoia e outros casos em que teremos uma paranoia com alguns

sinais de megalomania. No Capítulo 3 iremos discutir a gênese da megalomania e da paranoia.

Será discutida também a possível incidência da megalomania nas neuroses de transferência, na melancolia e na esquizofrenia. Segundo Freud, para que a megalomania apareça é necessário que a libido retirada dos objetos seja redirecionada para o Eu e não refaça novas ligações objetais, favorecendo assim um superinvestimento do Eu. Mediante a narrativa do caso clínico, discutiremos as implicações do aparecimento da megalomania na vida do paciente e demonstraremos os prejuízos que esse sintoma trouxe para a condução do tratamento.

Por se tratar de uma afecção ligada ao narcisismo e, conseqüentemente, ao engrandecimento do Eu, a paranoia pode se apresentar de uma forma dissimulada. Renato apresentava muita coerência no seu discurso (discurso racionalista); se pensássemos as suas vivências separadamente, sem termos acesso ao relato das crises que se seguiram no decorrer de sua vida, teríamos motivos suficientes para crer que ele era apenas uma pessoa tímida, com inteligência acima da média e que sofria com as situações de competição no emprego e na vida acadêmica. Na paranoia o discurso do paciente não é fragmentado e sem lógica, tem-se a impressão de que tudo possa estar ocorrendo realmente em seu dia a dia. Mas no caso de nosso paciente, além das crises, tínhamos a manifestação da megalomania que marcava um “fora de tom” nas suas histórias. Como o clínico se guiará em casos como o de Renato? Pensamos que uma análise global dos sintomas poderá elucidar de forma mais clara as ligações entre as manifestações apresentadas pelos pacientes. Nesse caso analisaremos a ligação entre as manifestações de perseguição, de observação e as manifestações megalomaníacas.

Ao pensarmos essas ligações nos deparamos com a possibilidade de estarmos frente à manifestação inicial de um aparelho de influenciar, sobre o qual discutiremos mais extensivamente no Capítulo 4.

Para Tausk, o aparelho de influenciar pode se manifestar de forma atípica, não correspondendo ao modelo mais simples e de fácil reconhecimento. Esse modelo simples se apresenta ao clínico sob a forma de uma máquina composta de manivelas, botões, fios, baterias etc. Essa atipicidade aparece em alguns casos em que o paciente tem um maior desenvolvimento intelectual e/ou mais técnico:

Os doentes cultos se esforçam, por intermédio dos conhecimentos técnicos de que dispõem, em adivinhar a composição do aparelho. À medida que a difusão das ciências técnicas avança, vê-se que todas as forças naturais domesticadas pela técnica são trazidas a contribuir na explicação do funcionamento deste aparelho, mas o conjunto das invenções humanas não basta para explicar as notáveis ações dessa máquina pela qual os doentes se sentem perseguidos. (TAUSK, 1990, p. 40-41)

Na história de Renato, começamos a suspeitar de que as suas queixas tinham alguma relação com o surgimento de um aparelho de influenciar que ficara em segundo plano em nossa análise no decorrer do tratamento.

Essa ideia de aparelho está presente nos textos freudianos e de forma sintetizada no “Compêndio de Psicanálise” de 1938, Primeira Parte, capítulo 1, “O aparelho psíquico”.

Nossas duas hipóteses retiram desses termos os princípios de nosso conhecimento. A primeira delas concerne à localização: presumimos que a vida psíquica é a função de um aparelho ao qual supomos especialmente extenso e composto de várias partes, ou seja, que o imaginamos semelhante a um telescópio, de um microscópio ou algo parecido. A consequente elaboração de semelhante concepção representa uma novidade científica, ainda que já se tenha efetuado determinadas proposições nesse sentido. (FREUD, 1938, p.3380; minha tradução)

Freud explica que essa concepção não surge por especulações filosóficas, mas pela pura observação clínica do desenvolvimento individual do ser humano e segue

explicando a gênese do Isso (o termo mais utilizado em português é Id, mas optaremos por utilizar a nomenclatura original):

A mais antiga dessas províncias ou instâncias psíquicas a chamamos de Isso; tem por conteúdo todo o herdado, o inato, o constitucionalmente estabelecido; quer dizer, sobre tudo, os instintos originados na organização somática, que alcançam [no Isso] uma primeira expressão psíquica, cujas formas ainda desconhecemos. (Ibid, p. 3380; minha tradução)

Depois de se submeter a influências vindas do mundo exterior, uma parte do Isso sofre uma transformação particular:

Do que era originalmente uma capa cortical dotada de órgãos receptores de estímulos e de dispositivos para a proteção contra as estimulações excessivas, desenvolve-se paulatinamente uma organização especial que desde então arbitra como mediadora entre o Isso e o mundo exterior. A este setor de nossa vida psíquica damos o nome de Eu. (Ibid, p. 3380; minha tradução)

Durante o desenvolvimento da formação do Eu o ser humano estará sobre a influência dos pais, e Freud postula que:

[...] o ser humano em formação vive sob a dependência de seus pais, forma-se no Eu uma instância especial que perpetua essa influência parental a qual se deu o nome de Super-Eu. Na medida em que se diferencia do Eu ela se opõe, este Super-Eu constitui uma terceira potência que o Eu há de tomar em conta. (Ibid, p. 3381; minha tradução)

Essa descrição do aparelho psíquico contém uma localização, um desenvolvimento dinâmico e uma função específica para cada parte surgida do processo. E há também o que configuraria uma aproximação de um aparelho propriamente dito que é a ligação entre as partes, um *link*, que além de tudo o anima; no caso do aparelho psíquico, o que o anima é a própria pulsão. Com essa representação podemos ter uma ideia de como funciona esse aparelho, uma vez que não podemos realmente vê-lo.

Dessa dinâmica podemos supor que exista um aparelho de influenciar do qual o paciente ainda não tenha conhecimento consciente da existência. E nos parece que essa seja uma realidade no caso de Renato. Como no caso do aparelho

psíquico, suposto por Freud, o aparelho de influenciar também tem características próprias ligadas ao ato de ver e ser visto. A metáfora usada por ele é a do microscópio e do telescópio: ambos os aparelhos estão a serviço da percepção pela visão (pulsão escópica).

Essas funções de observar, influenciar e perseguir estão presentes no aparelho de Renato, o que nos faz pensar que a ciência da informática representada pela Internet seja parte importante na criação e manutenção dessa máquina de influenciar. Demonstraremos através do relato do paciente quais os fatos que nos fizeram pensar essa hipótese da construção do aparelho de influenciar subsidiado pela informática e realizado na Internet (uma realidade virtual).

A seguir faremos um estudo sobre o método clínico e sua importância na Psicopatologia Fundamental com a finalidade de justificar a sua utilização nesta pesquisa acadêmica.

CAPÍTULO 1

Método Clínico e Psicopatologia Fundamental

A vivência clínica com Renato despertou-nos para uma série de problemas que foram discutidos em supervisões, em conversas com especialistas e colegas engajados com a clínica psicanalítica. No entanto, essas discussões deram conta, de forma provisória, dos fenômenos que apareciam na clínica *durante* o atendimento. Mas outras questões só se fizeram presentes algum tempo depois do encerramento do caso. Duas questões foram importantes durante o tratamento: o estabelecimento da transferência e, conseqüentemente, o estabelecimento de um diagnóstico para orientar a condução do tratamento. É sabido que o diagnóstico e o tratamento psicanalítico só se dão com o estabelecimento da transferência.

Apesar da importância dessas questões e de elas serem ainda um assunto de pesquisa, uma diferenciação deve ser feita. Primeiramente, devemos diferenciar a situação psicanalítica de tratamento da pesquisa psicanalítica em si, pós-tratamento. Para Henckel (2009),

O deslocamento de uma situação psicanalítica de tratamento para o que se pretendia uma situação psicanalítica de pesquisa encontrava alguns pressupostos que faziam distinção entre uma posição e outra. Uma primeira distinção fazia observar que, enquanto na situação de tratamento psicanalítico a transferência deve se dissolver para ser possível pensar num fim de análise, na situação de pesquisa psicanalítica a transferência deve possibilitar a produção de um texto metapsicológico (Caon). (HENCKEL, 2009, p. 20)

A autora destaca também três aspectos que caracterizam uma pesquisa psicanalítica: “a produção de um texto metapsicológico, a refundação da experiência de tratamento e o fundamento na psicopatologia intrinsecamente vinculada à constituição subjetiva” (Ibid, p. 20). Como podemos observar, existe uma diferença entre a clínica e a pesquisa clínica (psicanalítica).

Entretanto, esta dissertação está inserida no âmbito da Psicopatologia Fundamental, posição adotada pelos membros pesquisadores do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC –SP). Esta particularidade nos leva a privilegiar o método clínico como caminho já percorrido e a ser percorrido, que vai da vivência clínica à realização final da pesquisa.

Como nos diz Berlinck:

O método clínico é muito distinto da clínica. Esta é uma série constante e recorrente de embates entre clínico e paciente. O método clínico é o percurso de um tratamento, que ocorre na clínica. Assim, o método clínico é uma construção daquilo que aconteceu e, assim, não é o que aconteceu. Trata-se de uma segunda navegação.¹

A clínica não é uma criação nova. Desde a Antiguidade Grega já encontramos relatos do que poderíamos chamar de clínica; os gregos já se debruçavam sobre as coisas e os outros homens para observá-los. Clínica esta que tem suas particularidades, como nos mostra Berlinck:

Entretanto essa observação - esse debruçar-se sobre - sempre foi muito mesclada com o imaginário mágico e religioso, pois não havia sido ainda construída as noções de natureza e de subjetividade tal como elas passam a ser denominadas no Ocidente, a partir do Renascimento.²

Na Europa, a partir do século XVIII, o movimento chamado naturalismo dá à observação da natureza um estatuto científico. Com o surgimento da ciência moderna e do naturalismo, passa-se a supor que o mundo existente pode ser observado e classificado. Já o observador não é mais um ser passivo como na Antiguidade grega, mas um ser que age separadamente e distintamente da natureza. “O naturalismo supõe um observador valorativamente neutro, ou seja,

¹ BERLINCK, Manoel Tosta. O método clínico 4 - <http://www.psicopatologiasfundamental.org/app/index.php#artigo2/1/1948/1/107> Acesso em: 10/05/2010

² BERLINCK, Manoel Tosta. O método clínico 1 - <http://www.psicopatologiasfundamental.org/app/index.php#artigo2/2/1945/1/107> Acesso em: 10/05/2010

alguém que é capaz de apreender sensivelmente o mundo sem se imiscuir nele por meio de visões ou de preconceitos.”³

Para Berlinck, o Iluminismo e o Naturalismo são dois movimentos culturais ocorridos no século XVIII que fundamentam o método clínico:

Naturalismo e Iluminismo são os dois movimentos culturais ocorridos no século XVIII que fundamentam o método clínico plenamente formulado na psiquiatria alemã, na Inglaterra e na França durante o século XIX e que sofre o impacto da revolução epistemológica formulada por Freud. O naturalismo, baseando-se na observação desinteressada da natureza, acabou por criar sistemas classificatórios que até hoje predominam, como parte do método clínico. (BERLINCK, 2007, p. 01)

Ainda neste artigo, o autor nos chama a atenção para o que Freud propõe como resposta as críticas a essa forma desinteressada de observação da natureza: “é o de reconhecer que a natureza é inapreensível e que a narrativa científica ocorre tendo como paradigma a ficção.” (Ibid, p. 02) E com isso é possível postular que: “[...] o relato do caso clínico não corresponde à realidade objetiva porque inclui não só aquilo que determina a posição do observador, mas, também, aquilo que, provindo do objeto, determina o pensamento do observador.” Assim insere-se a questão da subjetividade na vivência clínica. É através da interação das posições de observador e observado que se produz a subjetividade que determina a narrativa do caso clínico. (Ibid, p.02)

A narrativa do caso clínico toma relevância própria no método clínico aplicado a pesquisa. O papel do narrador, nesse caso o analista, é o de apresentar a história do vivido na clínica de forma que o leitor possa, a partir de sua experiência, fazer suas próprias interpretações. É primordial que o narrador apresente no seu texto os fatos como eles ocorreram e evite interpretações ideológicas.

³ BERLINCK, Manoel Tosta. O método clínico 1 – <http://www.psicopatologiafundamental.org/app/index.php#artigo2/2/1945/1/107> Acesso em: 10/05/2010

Berlinck, no texto “Breve nota sobre ‘O caso Filiscos’ e Hipócrates, seu autor” (2009), nos fala da importância da narrativa no método clínico e da possibilidade de haver uma teoria em germe na sua elaboração:

As narrativas de Hipócrates – como o caso Filiscos – contém uma teoria em germe e a própria elaboração da teoria dos quatro elementos é o resultado de uma série de vivências clínicas baseadas em observações e em narrativas. O simples fato de Hipócrates ser um asclepíade o insere no mundo da clínica médica que se esforça para afastar de práticas mágicas e religiosas. A crescente distância de ideias sobrenaturais, por mais naturais que os deuses gregos sejam, lança Hipócrates à observação e à construção de teoria baseada na clínica. A separação do aparato etiológico e teórico da descrição é revelador da importância dada à observação e à narrativa. É, assim, a vivência clínica contendo uma teoria em germe, que permite a passagem para a experiência, através da escrita. É por isso, também que, ainda hoje, muitos séculos depois de ter sido escrito, o caso Filiscos suscita no leitor uma série de reflexões propriamente teóricas. (BERLINCK, 2009, p.54-55)

A observação clínica e a posição do observador são fundamentais no método clínico. Dependendo da posição adotada pelo clínico, a observação pode levar a uma escuta equivocada. Segundo Turna (2008):

E ainda delimitando as características propostas no método clínico utilizado, destacamos que, enquanto a observação clínica repousa sua atenção sobre a vivência perceptiva consciente, o caso clínico se insere em uma clínica da escuta levando em conta fenômenos para além dos observáveis pela consciência. Nesse sentido, o caso clínico provoca a verdade de uma construção. O caso clínico, portanto, é uma ficção do analista que, abstraindo a história individual do paciente, se dirige a uma vivência clínica “pática”, e solicita uma construção. (TURNA, 2008, p. 24-25)

O caso clínico que escolhemos para esta dissertação nos propiciou observar tal variação. Durante o tratamento nos ocupamos em demasia em observar a dinâmica psíquica do paciente e também em analisar a transferência para estabelecer um diagnóstico possível e, assim, determinar uma direção para o tratamento. Essa posição nos impediu de observar mais atentamente um dos sintomas, ou o mais importante deles, a megalomania.

A megalomania é em si um sintoma difícil de analisar no ato da observação, principalmente se o único testemunho é o do próprio paciente e se os fatos aconteceram sem a observação do analista. Muitas vezes a megalomania apresenta uma forma lógica e plausível que induz o clínico a ignorá-la. Renato apresentava uma história de vida condizente com a possibilidade de que suas vivências megalomaníacas poderiam ser analisadas como simples ambição. Foi exatamente essa segunda navegação, na escrita da narrativa, que propiciou um estudo mais atento da megalomania apresentada pelo paciente.

O presente trabalho é marcado por essa mudança de posição que só é possível mediante a utilização do método clínico apoiado pela Psicopatologia Fundamental. Mudamos da posição do observador que olha e escuta para a posição de escuta que leva “em conta fenômenos para além dos observáveis pela consciência” (Ibid, p. 24-25). Esses fenômenos só se desvelam após a dissolução da transferência por parte do analista no ato da escrita da narrativa clínica.

A Psicopatologia Fundamental foi criada nos meados da década de 1980 pelo Professor Doutor Pierre Fédida, na Universidade de Paris VII, junto ao Laboratoire de Psychopathologie Fondamentale et Psychanalyse. Inspirado nessa iniciativa, criou-se no Brasil, em 1995, por intermédio do Professor Doutor Manoel Tosta Berlinck, o Laboratório de Psicopatologia Fundamental do Núcleo de Psicanálise do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Dois anos mais tarde foi criada a Rede Universitária de Pesquisa, atualmente “Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental (AUPPF) – que reúne, 57 professores doutores de 27 universidades brasileiras e de universidades da Argentina, da Colômbia, do México, da França e da Inglaterra” (BERLINCK, 2010, p. 173).

Para Berlinck, a Psicopatologia Fundamental é, antes de qualquer coisa, uma posição clínica. “Uma posição clínica que encontra suas origens no teatro grego do tempo de Péricles e na medicina de cidadãos praticada em Atenas, nessa mesma época” (BERLINCK, 2000, p. 22). Prática clínica do debruçar-se sobre “alguém que porta uma voz única a respeito de seu *pathos*, de sua tragicomédia, mas também, de seu sofrimento, de suas paixões, de sua passividade” (ibid., p. 22).

Magtaz nos alerta para a diferença entre a posição adotada pela Psicopatologia Fundamental e a Psicopatologia Geral:

Enquanto esta procura uma abordagem objetiva e universal das doenças mentais, a Psicopatologia Fundamental procura abordar as crises psíquicas de uma forma subjetiva e específica. Esta especificidade está referida a uma posição clínica ocupada pelo psicoterapeuta em contato com seu paciente e em contato com diferentes saberes. (MAGTAZ, 2008, p. 34)

Segundo Ceccarelli (2003):

A preocupação central da Psicopatologia Fundamental é de contribuir para a redefinição do campo do psicopatológico, propondo uma reflexão crítica dos modelos existentes e uma discussão dos paradigmas que afetam nossos objetos de pesquisa, nossas teorias e práticas. Isso significa que a Psicopatologia Fundamental reconhece e dialoga com as outras leituras presentes na polis psicopatológica. (CECCARELLI, 2003, p. 4)

Isso quer dizer que, embora as posições sejam diferentes, “o psicopatólogo fundamental visita outras posições na cidade, assim como é visitado por aqueles que ocupam outras posições” (BERLINCK, 2000, p. 23). E dentre essas posições a psicanálise se mostra como uma das mais adequadas para nos auxiliar na prática clínica:

A descoberta do inconsciente freudiano como manifestação do *pathos* e como algo que surge da violência primordial, bem como a conseqüente metapsicologia que é conhecida por psicanálise é a casa mais confortável existente na contemporaneidade para a Psicopatologia Fundamental. (Ibid, p. 24)

Desde o início da psicanálise Freud utilizou os casos clínicos como ponto de partida para seus estudos e privilegiava a narrativa clínica. Como nos diz Carvalho da Silva:

Freud fazia suas heroínas, como ele mesmo se refere, contar a história de seus padecimentos e assim contar sua própria história, seus afetos, ideias, encontros e desencontros. A maneira como ele relata esses casos, e outros tantos ao longo de sua carreira, conserva uma continuidade entre o modo como ele escuta seus pacientes, elabora suas interpretações e escreve sobre sua experiência clínica e reflexões teóricas. Assim, o relato de caso freudiano é um relato de uma prática pensada, além de ser o relato de uma história de sofrimento (*Leidensgeschichte*). (CARVALHO DA SILVA, 2006, p. 701)

Essa forma de relatar é diferente da forma tradicional empregada pela psiquiatria da época. Os relatos psiquiátricos buscavam demonstrar “uma semiologia baseada na identificação de estruturas patológicas a partir de rigorosa observação” (CARVALHO DA SILVA, 2006, p. 702). E o trabalho de Freud era descrever o que havia observado, relatar o que o paciente havia falado em sessão e elaborar a história de vida do paciente. Portanto, Freud já utilizava no início de seu trajeto o que chamamos hoje de método clínico. Carvalho da Silva ressalta ainda que:

O caso é seu ponto de partida e a elaboração do relato do mesmo exprime a trajetória de um tratamento, mais do que o mero resultado de suas intervenções. Acontece que o relato de caso tem uma particularidade importante; enquanto registro de uma história de sofrimento, ele subsiste à validade das interpretações e pode, dentro de alguns limites, ser apreendido por um novo prisma. (Ibid, p. 702)

A Psicopatologia Fundamental nos abre espaço para o estudo do vivido na clínica e não se atém a identificação das estruturas patológicas pré-fixadas pela Psicopatologia Geral.

Sendo o caso clínico o ponto de partida para o pesquisador, é de fundamental importância que falemos um pouco mais sobre o *pathos*, relato mitopoiético epopeico do sofrimento.

“Além de sofrimento, de *pathos* deriva-se, também, as palavras paixão e passividade.” (BERLINCK, 2000, p. 18) Na Psicopatologia Fundamental o que interessa é o sujeito trágico que é constituído e coincide com o *pathos*, o sofrimento, a paixão, a passividade. Este sujeito acometido de *pathos* não é racional e nem senhor de suas ações. “Nesse sentido, quando *pathos* acontece, algo da ordem do excesso, da desmesura se põe em marcha sem que o Eu possa se assenhorear desse acontecimento, a não ser como paciente, como ator.” (Ibid, p.18)

Um sujeito que acometido pelo *pathos* não é senhor de suas ações, padece. “Diz-se paciente, ao contrário, àquele que tem a causa de sua modificação em outra coisa que ele mesmo. A potência que caracteriza o paciente não é um operar, mas um poder tornar-se, isto é, a suscetibilidade que fará com que nele ocorra uma forma nova.” (Ibid, p. 19)

Para Berlinck, o fato de o paciente estar submetido à passividade é necessário a ação de um agente exterior para que o movimento aconteça:

Nessa inferioridade do padecer, encontra-se, assim, a desqualificação, própria dos clássicos gregos, da mobilidade relativamente à imobilidade. É por conter matéria, isto é, indeterminação, que um ser se move. O fato de ter de mudar (de lugar ou de quantidade ou de qualidade) para receber uma nova determinação mostra que ela não possui todas as qualidades de uma só vez, e que a aparição dessas depende da intervenção de um agente exterior. (Ibid, p. 19)

Então, o *pathos* é sempre provocado e obriga o paciente a reagir.

Nessa perspectiva, *pathos* não nasce no corpo, pois vem de longe e de fora:

Pathos, então, designa o que é pático, o que é vivido. Aquilo que pode se tornar experiência. “Psicopatologia” literalmente quer dizer: um sofrimento, uma paixão, uma passividade que porta em si mesmo a possibilidade de um ensinamento interno que não ocorre a não ser pela presença de um médico (pois a razão é insuficiente para proporcionar experiência). Como *pathos* torna-se uma prova e, como tal, sob a condição de que seja ouvida por um médico, traz em si mesma o poder da cura. Isso coloca imediatamente a posição do terapeuta. *Pathos* não pode ensinar nada, ao contrário, conduz à morte se não for ouvido por aquele que está fora, por aquele que, na condição de espectador no teatro grego do tempo de Péricles, se

inclina sobre o paciente e escuta essa voz única se dispondo a ter, assim, junto com o paciente, uma experiência que pertence aos dois. (Ibid, p. 21)

Para Pereira (1998) “Pierre Fédida foi o primeiro a propor uma leitura esquiliana da psicopatologia inaugurando com ela a concepção de uma psicopatologia fundamental”. Ele propõe que a natureza trágica do psicopatológico deve ser compreendida tal como apresentada no *Agamenon* de Ésquilo.”

A psicopatologia fundamental visa, portanto, reinscrever a abordagem do sofrimento humano dentro dessa perspectiva, de modo a permitir que seja pensada uma clínica que resgate da paixão e do sofrimento sua capacidade geradora de sabedoria. Ao lado das perspectivas anteriores já indicadas: a de ser responsável por um trabalho de constante delimitação teórica entre as diversas disciplinas envolvidas no campo da psicopatologia – o que implica uma perspectiva histórica e crítica – e a de realizar a teorização do papel dos modelos e paradigmas na constituição tanto do campo da psicopatologia quanto do dispositivo epistemológico de formalização do objeto psicopatológico, surge aqui a terceira tarefa principal que concebemos para a Psicopatologia Fundamental: a de resgate da dimensão de implicação subjetiva na constituição do sofrimento psíquico e estudo das perspectivas clínicas decorrentes de tal postura ético-epistemológica. (PEREIRA, 1998, p.75)

Uma vez inserida nessa perspectiva, da Psicopatologia Fundamental, essa pesquisa faz uso do método clínico e prioriza a narrativa do caso clínico. Dessa forma, veremos a seguir a narrativa originada na vivência clínica com Renato.

CAPÍTULO 2

Caso clínico: Um viajante sem ter aonde ir.

Um viajante sem ter aonde ir. É assim que Renato via e vivia sua vida naquele momento. Embora já tivesse 36 anos, e, para muitos daqueles que o conheciam, sua carreira fosse razoavelmente bem-sucedida, sua percepção sobre esse assunto não era coincidente. Engenheiro formado, doutorando em uma das mais importantes universidades do país, sua carreira não ia nada bem. Para algumas pessoas, ser doutorando e ter uma bolsa de estudos já seria motivo de algum orgulho. Mas para ele aquilo era mais um tormento, mais uma responsabilidade da qual não sabia se daria conta. Entre relatórios semestrais, palestras, aulas inaugurais e a sua pesquisa que “não andava de jeito nenhum”, havia a cobrança por resultados. Mas como ter resultados se sua vida naquele momento estava confusa e totalmente sem esperanças?

A baixa estatura, o corpo magro e a falta de musculatura desenvolvida lhe davam ares infantis, realmente não parecia ser ainda um homem. Um jovem rapaz talvez fosse mais condizente com sua aparência. Seu jeito de vestir, seu cabelo curto e repartido de lado e seus óculos pouco modernos lhe conferiam sem injustiça os apelidos de Geek ou Nerd.⁴

Sua voz era suave, com um tom baixo e muitas vezes monótono. A pele bem clara se devia provavelmente à ascendência europeia. Renato nasceu em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul e lá viveu com a família parte de sua infância. Mas o que mais chamava a atenção era sua postura curvada para dentro e para baixo, como se estivesse sempre se inclinando em reverência, ou à espera de

⁴ Geek é uma "gíria" que define pessoas peculiares ou excêntricas obcecadas por tecnologia, eletrônica e jogos eletrônicos. Com poucas habilidades sociais, os Nerds são uma versão antiquada dos modernos Geeks.

uma punição física. Seus gestos eram lentos e sem energia, inclusive quando caminhava. Um mundo pesado repousava sobre seus ombros. Sua fala era pessimista, queixosa e desprovida de vida.

Isso era o que se via e ouvia quando se estava na presença de Renato. E esta leseira causava um mal-estar no clínico. Algo era incongruente. A reclamação, a desesperança e o pessimismo encobriam esse algo até então indecifrável.

Logo que nasceu já tinha um destino traçado. Seu pai era um jovem engenheiro que queria casar-se e ter logo um filho homem que pudesse seguir seus passos para, quem sabe um dia, sucedê-lo num empreendimento familiar. Por causa da profissão, o jovem engenheiro teve que expor a família, quase que recém-formada, a uma longa jornada pelo mundo afora. A mãe seguiu seu marido nessa empreitada acreditando nos frutos que colheriam no futuro, já que naquele momento ela abdicava de alguns sonhos que, de uma forma ou de outra, poderiam ser realizados posteriormente. Sua dedicação à família seria em tempo integral, não havendo espaço para a realização de seus desejos mais íntimos, como, por exemplo, estudar Direito e se tornar uma grande advogada. Só recentemente ela realizou esse sonho, formando-se juntamente com a filha mais nova em Direito. Um sonho compartilhado que teve lá suas implicações.

Para Renato, esse fato tinha uma explicação simples: havia a frustração da mãe que não pôde se formar na hora adequada e, paralelamente, havia a inveja que ela sentia da filha que teve essa possibilidade. A mãe era vista como patética e ultrapassada. Nunca, por mais que ela quisesse, seria melhor que sua irmã. Essa sim habitava o tempo correto das coisas.

A vida em família atualmente era cheia de obrigações e remendos. Das obrigações mais infernais e desagradáveis, as comemorações em família eram as

piores. Sempre que tinha uma data importante, ele se via em apuros para tentar se ausentar. Apesar de quase todos da família saberem da sua “condição”, muitos apenas o achavam um esquisitão. Seus primos mais próximos não o excluía e o convidavam para festas e saídas ocasionais. Muitas vezes essas saídas tinham desfechos que desagradavam seus pais. Um primo em especial sempre o tirava do sossego e o devolia em estado de agitação intensa. Na visão de Renato, essas eram as saídas mais interessantes que ele vivia na sua detestável vida. Seu primo sempre o levava a boates e tudo era regado a mulheres, algumas drogas e muita bebida. Depois dessas farras, o primo retornava à sua cidade natal e ele ficava vários meses agitado e angustiado. Para ele, no fundo, não era algo tão terrível, mas para sua família essas aventuras eram irresponsáveis e extremamente perigosas, já que seu estado de saúde mental era preocupante. Isso deixava seus pais indignados, uma vez que o primo, sendo médico, deveria saber que não era apropriado que eles consumissem bebidas alcoólicas e ficassem na farra até o dia amanhecer em virtude da “condição” de Renato.

Renan, o primo médico, era particularmente importante na vida de Renato. Juntos eles viveram boa parte da infância, mas essa informação não é muito confiável - como tantas outras informações que se perderam no caminho da análise e não puderam mais ser acessadas - porque há uma contradição com o fato de Renato ter mudado muito de cidade durante toda sua vida. O que importa realmente é que havia algo curioso nessa relação. Muitos familiares, incluindo os pais de Renato e de Renan, difundiam a ideia de que seria muito mais interessante se eles fossem trocados de família, porque cada um se encaixava perfeitamente como filho do outro pai. Renato era tido como uma cópia do tio, a quem ele almejava ser igual. Eles tinham várias coisas em comum: eram estudiosos, calados, tinham objetivos

bem traçados na vida profissional, mas as escolhas profissionais eram diferentes; um era engenheiro e o outro era médico.

Mesmo tendo profissões diferentes, o tio era um modelo a ser seguido. A dedicação ao estudo, a pós-graduação nos Estados Unidos e o reconhecimento público pela excelência como profissional alimentava ainda mais o sonho de Renato de ser como ele. Essa identificação teve uma consequência inesperada. Por força das circunstâncias, essa família também se mudou várias vezes de residência no decorrer dos anos, mas ultimamente estavam morando no Rio de Janeiro. Precisando ir ao Rio de Janeiro, Renato foi tomado de uma intensa culpa que o impediu de se hospedar na casa dos tios; sua família não conseguia compreender os motivos da recusa e ele também não conseguia desvencilhar-se da situação. O que realmente estava acontecendo era que ele se dava conta de que sentia uma forte atração sexual por sua tia e acreditava que era minimamente correspondido. Justificou-se dizendo que ela era uma mulher jovem, provavelmente mais jovem que o tio, e que era muito atraente. A possibilidade de que ficassem a sós e de que algo pudesse acontecer entre eles o enchia de excitação e pavor. Dizia que não havia nenhum problema se algo ocorresse, pois ela nem era da família. Ela só era sua tia porque casara com seu tio. Mas atrás dessa excitação pairava a culpa, e essa ideia sexual, que subitamente o havia invadido aos poucos foi tomando ares persecutórios. E se alguém tivesse notado seu interesse sexual pela tia? E se alguém tivesse percebido que entre eles “rolava essa química”? Será que sua relação com o tio e o primo seria abalada? Ele não tinha a menor condição de ficar próximo a ela novamente e decidiu que começaria a evitá-la para que não fossem descobertos.

Essa intensa culpa por desejar sexualmente a tia, o medo de ser descoberto e julgado reaparecem cotidianamente em sua cabeça e atrapalham o desenvolvimento de sua pesquisa. Os pensamentos brotam em sua mente sem controle e o assustam. Mas do mesmo jeito que apareceram, repentinamente desaparecem cedendo lugar à queixa habitual. Seu sono está descontínuo, agitado e cheio de invasões de pensamentos. Com facilidade perde a noção de tempo não sabendo dizer se dormiu ou se passou a noite acordado pensando na vida desgraçada que terá de viver no dia seguinte.

Renato tem um tom desafiador e agressivo na fala, mesmo quando está narrando uma situação corriqueira referente à sua pesquisa ou à sua relação com seu orientador. A mansidão do tom da voz, a pausa constante e a tristeza que se percebe nele encobrem essa agressividade. Isso acontece como se o que ele sentia fosse diferente do que era expresso. Havia uma submissão exagerada com relação às regras e às leis.

Durante o doutorado aconteceram situações que o deixavam em pânico. Às vezes ele acreditava sofrer de pânico, mas seu médico psiquiatra não confirmava suas suposições. Algumas obrigações institucionais deflagravam sentimentos intensos de medo de ser ridicularizado. Muitas vezes no início do curso ele foi convocado a expor seu trabalho de pesquisa tanto na graduação quanto na pós-graduação. Quando era na graduação, Renato ficava mais tranquilo e conseguia minimamente fazer a exposição lançando mão de técnicas inventadas por ele mesmo para não sofrer ataques que vinham da plateia. Quando sua tarefa era se expor diante de uma plateia mais especializada, onde ele já sabia de antemão que haveria algum especialista ouvindo e julgando sua explanação, a situação ficava praticamente insuportável.

Em certa ocasião, seu orientador lhe sugeriu que expusesse suas ideias em uma reunião de departamento, na qual estariam presentes representantes de empresas financiadoras de projetos desenvolvidos na universidade e dentre elas haveria um representante da Microsoft. Isso foi o suficiente para que uma nova desestabilização ocorresse com Renato. Ele estava absolutamente convencido de que essa pessoa fazia parte de uma monitoração montada pela empresa para segui-lo e roubar suas ideias, além de desmoralizá-lo. Essa situação trouxe muito sofrimento e agitação até o dia da apresentação. Muitas táticas e técnicas de dissimulação surgiram com o intuito de evitar as agressões externas que certamente ocorreriam durante sua explanação. Dentre estas, algumas foram efetivamente utilizadas por ele na reunião. Para não ser agredido pelos olhares reprovadores ele fez toda a apresentação de costas para o público atendo-se aos *slides* que eram projetados um a um numa sequência que lhe parecia infinita. Mas mesmo assim notou que riam dele e que a cada momento alguém fazia uma cara de reprovação. No entanto, ele acreditava que seu objetivo havia sido alcançado, o seu algoz não havia sido capaz de compreender seu projeto e assim não havia mais perigo algum.

Renato não foi capaz de relacionar esses eventos àqueles que ocorreram anteriormente ao seu mestrado, ocasião em que teve uma desestabilização emocional muito forte. Nessa época trabalhava em uma pequena empresa em que havia iniciado sua carreira como *trainee*. Assim que terminou os estudos foi promovido e recebeu toda a atenção possível porque seu chefe imediato era o proprietário da empresa e amigo de seu pai. Isso foi mais do que suficiente para que um diretor mais experiente, mas sem a formação universitária necessária, começasse a “fritá-lo”, desejando que ele fosse demitido o mais rápido possível. Via-se enredado em intrigas e inveja. Mesmo sabendo do seu grande potencial e da boa

relação que tinha com seu chefe, Renato pediu demissão. Isso tudo aconteceu porque não aguentava mais a pressão imposta pelo clima desfavorável.

Pouco tempo depois, ele conseguiu um bom emprego em uma empresa concorrente direta da Microsoft. Essa era uma ocasião para se comemorar. Não era fácil conseguir uma recolocação no mercado no nível em que ele o fez. Havia obtido uma excelente posição e um salário muitas vezes maior do que o atual salário do pai. Sentia-se importante, vitorioso e indispensável para o sustento da família. Finalmente seria respeitado e teria algum poder perante os pais.

Sua carreira ia muito bem, seus superiores apreciavam seu comportamento. Na hora do trabalho evitava conversar com seus colegas, dedicava-se ao máximo aos projetos em que estava trabalhando, chegava cedo e saía tarde, não tinha atritos com superiores e esperava ter uma ascensão profissional rápida e brilhante. Sentia que essa oportunidade lhe abriria as portas para o enriquecimento e inevitavelmente se tornaria famoso. Seus projetos pessoais eram sigilosos e se enriqueciam com a experiência que adquiria trabalhando nessa empresa.

Mas algo aconteceu de forma inesperada. Renato começou a se interessar mais pelos projetos pessoais do que pelo seu trabalho na empresa. Isso trouxe um desequilíbrio na sua relação com os colegas de trabalho. Porém, não acreditava ser esse seu maior problema porque sempre se viu sacaneado pelos outros e sabia que agora não seria diferente. Seus projetos secretos e seu desempenho profissional poderiam atrair a inveja de pessoas sem escrúpulos que não hesitariam em prejudicá-lo. Sabendo disso, Renato se isolou, evitando sair com os colegas nos fins de semana e deixando de comparecer às festas organizadas pela empresa.

Tomado pela vontade de obter fama e sucesso, ele começou a trabalhar incansavelmente em um projeto que sabia com certeza que seria sua entrada triunfal

no mundo dos negócios na era da informática. O que era apenas uma ideia virou uma verdadeira obsessão. Renato não dormia mais, e quando o fazia tinha sonhos e vivências que extrapolavam a mediocridade que o rodeava. Sentia-se nesse momento um ser maravilhoso capaz de tudo. Passava as noites no computador tentando resolver as incógnitas que poderiam viabilizar sua descoberta. A cada dia seu comportamento ficava mais estranho aos olhos da família. Seus pais estavam preocupados, mas não tinham ainda a dimensão do que viria a seguir.

Com toda essa dedicação incessante ao projeto, seus cuidados com a aparência ficaram desleixados e passou a se comportar de forma arredia. Quando tentava discutir assuntos relacionados ao seu projeto com outros colegas, Renato percebia que não era compreendido e isso só lhe reforçava a percepção de que sua descoberta era importante, afinal era algo novo que ele deveria desvendar e trazer ao mundo.

Quando acreditou ter chegado finalmente ao produto acabado, ele resolveu que a empresa poderia se interessar e comprar sua ideia numa parceria nunca antes vista. Fez vários contatos com o setor de desenvolvimento e ofereceu o que acreditava ser uma invenção revolucionária. Seu envolvimento foi tal que contratou um advogado para ajudá-lo no contrato que iria assinar com a empresa após os técnicos avaliarem o projeto. Envolveu várias pessoas nesse processo, pois temia que suas ideias fossem roubadas e que ficasse na mais pura miséria. No entanto, o que aconteceu foi uma surpresa para ele e seus pais. A empresa se pronunciou e demonstrou que não havia nada coerente em seu projeto ou que levasse ao desenvolvimento de um produto como ele fazia acreditar. Seu projeto não existia realmente, tudo era fruto de sua imaginação. Renato foi aconselhado a procurar ajuda médica e posteriormente foi desligado em um acordo trabalhista com a

empresa. Foi exatamente após esse episódio que ele descobriu, numa consulta com um psiquiatra que havia desenvolvido uma doença mental conhecida como Transtorno Bipolar do Humor, ou, como ele mesmo às vezes a chamava, Transtorno Afetivo Bipolar.

Sua família o acolheu durante os meses que se seguiram e seu tratamento foi totalmente feito em casa. Depois desse episódio de euforia uma forte depressão se abateu sobre ele, mas em pouco tempo pôde retomar sua vida e decidiu fazer mestrado com o intuito de retomar o projeto e aperfeiçoá-lo.

A descoberta da doença modificou sua percepção de si mesmo, rapidamente aprendeu que essa denominação lhe dava algumas vantagens. Passou de “esquisito” para alguém que tinha uma nova “condição”, uma doença que lhe dava uma identidade. Passava por sua cabeça que isso podia responder a muitas de suas questões.

Seus amigos mais próximos passariam a entendê-lo melhor e até o valorizariam mais, pois vencia também essa adversidade. Renato fez longas pesquisas sobre sua doença e questionava inclusive a terapêutica adotada pelo psiquiatra. Queria entender por que tomava medicamentos anti-psicóticos se não era psicótico. Nessa busca acabou descobrindo o autismo que segundo ele era uma psicose em que talvez se encaixasse melhor. Particularmente a Síndrome de Asperger na qual há certa genialidade expressa pelo sujeito. Desejava ser especial até na doença que se atribuía. Na presença de uma negativa acerca desse diagnóstico, Renato ficou perplexo, mas não se deu por vencido, e documentou sua tese com artigos pesquisados recentemente na tentativa de demonstrar que estava correto. E para comprovar sua descoberta iniciou uma série de relatos de sua infância que poderiam exemplificar com exatidão o que estava querendo dizer.

Quando era criança, na escola, ficava absorto em pensamentos e não se conectava às aulas. Tinha uma inteligência acima da média, mas era tímido e triste. Acredita que naquela época tinha pensamentos fantasísticos com relação a si mesmo e às coisas que aconteciam na sua vida. Via isso como uma qualidade que o distinguia dos outros alunos. Tinha também predileção por temas exclusivos e que o dotavam de ar excepcional. Não esquecia jamais uma informação importante que tivesse relação com seus temas preferidos.

Antes de começar a frequentar a escola, por volta dos quatro anos de idade, teve uma experiência com uma amiguinha de quem gostava muito. Eles estavam sozinhos no quintal dos fundos e brincavam de olhar e mexer nos seus genitais. Renato lembra que isso aconteceu algumas vezes, mas nessa ocasião em especial munido de uma caixa de grampos de cabelo que pertenciam a sua mãe resolveu colocar alguns grampos entre os lábios vaginais da menininha que aceitou passivamente. Depois tentou em vão colocar alguns grampos sob a base superior do pênis esperando que ali permanecessem. O que não aconteceu, pois eles caíam e à medida que iam caindo, Renato repetia a ação, até perceber que muitos grampos estavam no chão e que não se prendiam como os colocados na vagina da menina. Nesse instante é surpreendido pela mãe, que os separa e encerra as brincadeiras no quintal. Visivelmente incomodado, Renato explica que esse acontecimento é sem importância, mas que a sensação que teve naquele momento pôde ser revivida intensamente através dessa lembrança. Sentia que havia desperdiçado algo que pertencia a sua mãe, aqueles grampos caídos no chão.

Essa lembrança foi brevemente ligada ao fato de que Renato reconhecia na mãe um medo desproporcional em perder tudo o que possuía. Essa obsessão em

economizar, em não gastar dinheiro com coisas inúteis e desnecessárias, era fonte de muito controle e de culpa.

A mãe fazia um controle obsessivo sobre as contas da família interferindo em quase todos os assuntos que pudessem se referir aos gastos de Renato ou de seus irmãos. O irmão não morava mais com a família havia muito tempo, mas a irmã mais nova ainda residia com seus pais. Seu pai, no entanto, gastava o que tinha e o que não tinha. Investia muito na empresa que criou após deixar de trabalhar como engenheiro civil em uma companhia internacional. A empresa era um sonho antigo do pai que desejava que no futuro ela fosse um empreendimento garantidor do sustento dos filhos. Nenhum deles quis trabalhar com o pai, mas ele não desistia de tentar recrutar seu filho mais velho para sucedê-lo. Mas esse desejo paterno não irá se realizar se depender de Renato.

Voltando um pouco à época da infância, nos primeiros anos da vida escolar seu comportamento era comum, não tinha muitos amigos, mas se relacionava bem com alguns companheiros de sala. Com o passar do tempo, essa situação mudou drasticamente. Seu pai era engenheiro de uma grande empresa de construção civil e essa função exigia frequentes mudanças, de cidade, de estado e até de país. Essas mudanças eram repentinas e traziam a toda a família uma agitação e uma angústia muito grandes. Todas as mudanças traziam à tona sentimentos de perda e de medo do desconhecido. Renato tinha medo de não conseguir se adaptar à nova escola; temia não conseguir fazer novas amizades e perder para sempre os poucos amigos que deixava para trás a cada mudança. Ele sofria muito com toda essa situação e se sentia impotente por não ter o poder de decidir ficar onde queria. Mas nem tudo era sofrimento, muitas coisas aconteceram e foram vividas com muito entusiasmo e euforia.

Na adolescência viveu no Sul do país, mas fora da sua cidade natal. Lá ele fez poucas amizades e sentia que era perseguido pelos meninos maiores. Essas perseguições acabavam invariavelmente em agressões verbais e físicas. Muitos desses meninos zombavam dele por causa de sua timidez e de sua retração chamando-o de “esquisitão”. Durante essa época era humilhado pelos meninos, que insinuavam e às vezes o acusavam de ser homossexual. Essa questão reaparecerá na sua vida durante a graduação.

Várias foram as vivências de viagem e mudança, mas a mais significativa para ele foi se mudar para um país no Oriente Médio. Seu pai havia sido convocado para trabalhar em um projeto de construção de estradas e infraestrutura básica nesse país e mudou-se com toda a família por um longo período. No início essa mudança repercutiu positivamente, pois ele entendia que essa era uma oportunidade de livrar-se das perseguições e injúrias que sofria na escola. Com o passar do tempo adaptou-se a essa nova realidade tão diferente de suas outras experiências. Eles não viviam dentro da cidade, as obras eram praticamente isoladas no deserto. Os alojamentos tinham quase tudo de que precisavam. Esse isolamento permitia a Renato manter uma razoável tranquilidade. Nesses acampamentos viviam as famílias dos operários da empresa, e a convivência entre os filhos de engenheiros e os filhos de empreiteiros era comum e muito apreciada, não havia segregação. E o mais importante para Renato é que não havia regras, não havia limites. Fisicamente o limite era o deserto, ninguém saía de perto do acampamento com medo de se perder e encontrar os coiotes que ele tanto temia. “Eles estão sempre à espreita.”

Viver no Oriente Médio não foi o que se poderia chamar de uma experiência feliz; ele não conseguiu se separar do tédio e da tristeza que sempre o

acompanharam. Mas foi lá que ele vivenciou a mais pura liberdade; o fato de não haver muros nem limites físicos explícitos, e de não haver uma escola nos moldes padronizados fizeram-no ter a ilusão de que não havia regras e ele poderia ser e fazer o que bem quisesse. Não precisava estudar porque era muito inteligente e se sobressaía aos outros.

Sem estudar sobrava-lhe tempo para praticar esportes e se divertir com alguns amigos que ele considerava “da pesada”. Aprontavam juntos o tempo todo. Em uma ocasião roubaram bebidas alcoólicas do estoque e tomaram até ficar embriagados. Tinham o costume de judiar dos mais novos impondo castigos e tarefas impossíveis de cumprir. Curiosamente há uma mudança de posição, ele não é mais o bode expiatório nem o alvo das agressões, e sim um agente e até certo ponto um incentivador das torturas. Renato não tinha muita crítica sobre esses atos e relata com uma assombrosa tranquilidade que em uma ocasião eles amarraram sua irmã mais nova, ainda uma criancinha, a um poste no meio do deserto e a deixaram lá por muito tempo correndo risco de morte.

Sua mãe, ao que parece, não estava muito presente e uma sequência de outras queixas denunciavam essa falta de cuidados com os filhos. Renato relata um episódio marcante. Seu pai tinha um cargo de chefia e vários operários o assessoravam, e com o avanço das obras a base foi ficando cada vez mais longe. Em um dado momento, Renato estava na base, mas sozinho em casa, e seu pai mandou dois empregados buscá-lo para que fossem à cidade. Um telefonema o alertou para a chegada desses funcionários. Embora os conhecesse, ele ficou assustado com a ideia de pernoitar na casa com essas pessoas. Imaginou que poderia dormir no quarto com a porta trancada, mas pensou também que seu pai confiava nesses empregados e que não devia ter medo. Contou o terror que sentia

ao pensar nessas possibilidades. Disse ter ouvido, durante a noite, os dois empregados andando pela casa, bebendo e comendo. Mas o que mais o apavorou foi ter “ouvido” uma conversa entre os dois se referindo a ele: “Esse moleque é ajeitadinho, eu fazia ele, dissera um dos homens.” Essa conversa o deixou aterrorizado, pois no dia seguinte teria que ir com eles ao encontro de seu pai. Para Renato foi uma noite de terror. Não contou essa história a ninguém, pois não acreditariam nele. Muito tempo depois, já no Brasil, teve um encontro rápido com uma dessas pessoas, o que suscitou uma nova série de pensamentos intrusivos com relação ao acontecido. Fantasizou que aquela pessoa tinha um segredo que não devia ser compartilhado e sentia-se como se fosse ele o culpado de aquilo ter ocorrido. Ao relatar esses episódios, Renato não difere temporalmente os acontecimentos colocando-os num mesmo momento.

Essa mudança talvez tenha sido uma das principais na vida dele, seu relato era vivo e ambivalente. Viver no Oriente Médio teve uma importância muito grande na vida dessa família e de uma forma bastante negativa. Essa mudança afetou a vida de todos e de forma especial a de Renato. Na ocasião da análise o país em que viveram havia sido invadido pelos Estados Unidos e estava em guerra, e Renato não demonstrava nenhum afeto pelo país e nem tecia o menor comentário sobre a realidade dos fatos. O país fora devastado pela guerra, muitas das obras foram destruídas, muitos empregados da companhia em que seu pai trabalhara que ainda residiam lá foram seqüestrados e mortos, e nenhuma palavra foi dita, nenhuma consideração.

De volta ao Brasil, Renato foi cursar engenharia e morou por um tempo sozinho em uma república. Esses anos foram mais brandos em relação às mudanças, finalmente seu pai permitiu que ele ficasse onde queria. Nessa época

teve algumas experiências que deixaram marcas na sua vida afetiva e sexual. Ele tinha alguns amigos e não se furtava a beber até não aguentar mais. Abusava de álcool e fazia uso de maconha com certa constância. Numa dessas experiências, sob efeito de tais substâncias, teve uma relação homossexual com um amigo da faculdade. Ambos estavam “doidões” (sic) e o cara o agarrou por trás e quis fazer sexo com ele. Renato não deixa claro o que aconteceu e como aconteceu, limita-se a explicar o ocorrido como se tivesse sido confundido com um homossexual que não é. Ele tem sérias dúvidas do que o outro enxerga dele e acredita que essa confusão, como lá no Oriente, o coloca em situações de risco de abusos sexuais cometidos por outros homens. Esse episódio parece ter deixado certo mal-estar entre os dois, que não se reconheciam como homossexuais.

Durante a graduação, Renato viajava regularmente com alguns amigos. Numa dessas viagens, ele estava em uma casa que haviam alugado na praia e, após beberem e fumarem ele e um amigo tiveram uma desavença. Brigaram de fato. Seu amigo ficou preocupado diante de tamanha agressividade com que Renato respondeu às brincadeirinhas que faziam com ele.

Alguns anos antes ele havia viajado com seu tio para os Estados Unidos exatamente nas férias de verão aqui no Brasil. Seus amigos tinham ficado aqui na praia, enquanto ele passara as férias no inverno rigoroso na América do Norte. Ao retornar às aulas, um amigo que era descendente de indianos estava ainda mais bronzeado com o sol que havia pegado na praia, e Renato, ao contrário estava ainda mais branco. Isso foi motivo suficiente para que seus amigos o ridicularizassem. Deram-lhe o apelido de “Leitinho” que para ele tinha muitos significados. Esse apelido pegou e foi o detonador de toda aquela agressividade na briga com o amigo na praia.

Logo após a formatura, Renato resolveu seguir seu sonho de estudar em uma importante universidade americana. Seguiu todos os passos exigidos para sua admissão na pós-graduação, mas falhou exatamente onde ele achava ter maior domínio: não passou na prova de proficiência na língua inglesa. Seu sonho era ainda mais ambicioso, mas viu tudo ruir ante seus olhos. Essa foi sua maior decepção. Renato demonstrou uma profunda tristeza e uma mágoa ainda maior por si mesmo.

A vida dele no trabalho ficou estagnada após a crise que teve. E o fato de também não ter conseguido ir estudar nos Estados Unidos desencadeou uma nova tentativa de se recompor na vida profissional. Renato sentia que havia fracassado porque não fora compreendido. Mas havia por trás desse relato uma certeza: seu projeto não estava errado, “só precisava de uns ajustes”. E ele buscou a universidade para fazê-los. Ingressou no mestrado aqui no Brasil e desenvolveu um projeto possível que o colocou de volta no laço social. Conseguiu também uma importante recolocação profissional em uma empresa multinacional e começou a trabalhar novamente. Só que, a partir da primeira grande crise, sua relação social não foi mais a mesma. Tinha desconfiança de que as pessoas já não o achavam esquisito, elas sabiam de sua “condição”. Seus amigos do trabalho e do mestrado não sabiam sobre a sua doença, mas ele tinha certeza que mentiam para ele, escondendo o que sabiam. Isso acabou refletindo no seu trabalho e suas relações profissionais começaram a ruir. Seu estado piorou e ele entrou em crise novamente. Dessa vez sua melhora demorou mais tempo para acontecer, mesmo estando medicado.

O surto foi acontecendo gradativamente e logo ele se viu megalomaniaco de novo, achando que faria grandes descobertas. Seu delírio dessa vez era mais

paranoico e o conteúdo que emergiu estava relacionado à questão fundamental do desejo não realizado de trabalhar nos Estados Unidos, na Microsoft. Seu perseguidor era nada menos que Bill Gates. Através da rede mundial de Internet era possível, a Bill, monitorar as ideias geniais que ele estava tendo, então passou a usar um boné para não deixar que as ideias escapassem e fossem roubadas. Usando também essa “poderosa rede de informação”, ele ainda procurava pistas de onde seu rival se encontrava e o que estava fazendo. “Descobria coisas incríveis” (sic) que o ajudavam a se proteger dessa invasão. Havia para ele algo que não compreendia; um enigma que lhe seria revelado. Essa revelação foi tomando uma forma mais paranóica à medida que o surto maníaco ia diminuindo.

Renato se queixa que a depressão é o próprio inferno e que seu desejo é estar o tempo todo em mania, pois é quando realmente tem prazer. Mas ele detesta a paranoia que o acompanha após o surto maníaco. Nessa última crise maníaca ele conheceu uma garota que passou a se relacionar com ele sexual e afetivamente. Parece que essa relação teve início depois de um programa que ele eventualmente fez com ela. Após a sua estabilização a relação continuou e ele a ajudava financeiramente, o que muito preocupava os pais. No entanto, essa relação para ele se resumia ao “sexo bom” que ela lhe proporcionava. Confidenciou que essa mulher fazia coisas que ele nem podia imaginar em matéria de sexo, e isso era o que o atraía. Logo se cansou e terminou a relação, ela já havia passado do limite e o estava usando para obter benefícios financeiros. Parou então de desperdiçar seu tempo e seu dinheiro.

Enquanto manteve relações com essa mulher, ele também esteve às voltas com a resolução de um enigma. Seu relógio de pulso parou de funcionar e ele o levou ao relojoeiro; no início a escolha do local foi pelo fato de ser perto de casa,

mas ao chegar lá descobriu que não fora por acaso. O relojoeiro pegou seu relógio e disse: “Parou às 20horas, né?”, e imediatamente ele reparou que outros relógios na relojoaria também haviam parado nesse mesmo horário. Isso claramente era um sinal, mas sinal de quê? E aquela frase enigmática do relojoeiro? O que queria dizer? Ele não teve coragem de perguntar e saiu da loja com seu relógio novamente funcionando. Noutro momento algumas pessoas riam dele, talvez por ele não ter entendido o enigma. Uma pessoa atravessou a rua encarando-o e falou alguma coisa que ele não entendeu, todos sabiam algo dele que ele não sabia.

Sua paranoia aumenta e as sessões ficam nebulosas, não é possível mais voltar a rememorações, ele está preso no futuro. Semanas passam e pouca coisa muda.

Renato foi convidado a uma festa que seria realizada em um motel. Algumas amigas iriam fazer uma festa, alugaram uma suíte e convidaram várias pessoas para participar. Seus pensamentos ficam presos a esse evento que traz um misto de volúpia e pânico. Suas ideias em torno dos acontecimentos sexuais que possam vir a ocorrer nesse local o tiram do eixo. Suas “fantasias” com relação ao evento são impronunciáveis. E são entrecortadas com longas explicações sobre o que não vai acontecer nesse lugar. A ambivalência entre o que pode e o que não pode acontecer o tira da cena e ele declina o convite, preferindo não se misturar.

Frequentemente ele tem experiências que não consegue explicar e empreende longas pesquisas com o intuito de resolver os enigmas que vão se somando e tendo ligações entre si. Um desses enigmas são os sonhos vívidos. Há uma questão que o intriga muito, às vezes, quando os delírios se intensificam à noite, ele acredita que são sonhos, sonhos vívidos. Esses sonhos, por suas características peculiares, são ou podem ser manipulados pelo sonhador. Ele fez

então uma série de pesquisas a fim de justificar seus delírios e conferir-lhes uma significação. Os sonhos vívidos são por ele manipulados e por isso podem ocorrer, inclusive, quando acordado. Sua preocupação com os sonhos aumentou quando, ainda na última crise, ele teve uma série de fenômenos alucinatórios que foram interpretados como fazendo parte desse enigma do sonho vívido. Certa vez estava assistindo à televisão e via um determinado filme que era de seu interesse; nele aparecia um rosto que saía em relevo da tela numa fração de segundos, como se estivesse sendo empurrado em um lençol que deixava ver o seu contorno. Essa alucinação aparecia somente quando assistia a esse determinado filme, e em um momento específico. Ele, então, alugou o filme na locadora com o intuito de verificar se aquilo aconteceria novamente. E fatalmente aconteceu. Pediu para assistir com os pais, após ter relatado o acontecido, e novamente teve a mesma percepção, mas seus pais não viram nada e tentaram persuadi-lo de que aquilo não havia ocorrido. Nessa mesma semana, ele teve um sonho; um homem negro invade seu quarto e vai até sua cama para agarrá-lo, o que lhe causa uma angústia insuportável, e ele acorda a família aos berros. Essa experiência não é entendida como um sonho e sim como uma experiência enigmática na qual havia mesmo esse homem negro que o queria agarrar, mas não para matá-lo. Esse conteúdo homossexual é vivido como uma violenta excitação, mas que não pôde ser confrontado dada a sua imediata negação.

Seus pais tentam dissuadi-lo das ideias que brotam em sua mente, mas não são atendidos. Essas vivências são reais para ele, e as confusões são os outros que fazem porque não compreendem o que realmente está acontecendo. Ninguém é capaz de entender o que acontece com ele.

Algumas semanas depois, ele confessou seus desejos sexuais por meninas mais novas e descreveu uma cena ocorrida no fim de semana anterior. Houve uma reunião familiar e lá estava uma garota de uns doze ou treze anos, “mas com um corpaço de mulher” (sic) que “mexeu” com ele, não conseguia tirar os olhos dela e ficou completamente excitado de maneira que qualquer um que quisesse poderia vê-lo com o membro ereto. Para sua sorte ninguém percebeu, ou, se perceberam não disseram nada. Ele ficou com essa ideia na cabeça e começou a procurar pornografia infantil na Internet e lotou seu computador com esse material. Depois entrou em pânico e começou a acreditar que estava sendo monitorado e que acabaria preso por pedofilia. Sua fala era cheia de agressividade como se tal revelação fosse um teste para ver até onde era possível fazer essas e novas confissões. Renato acredita que esse seja um motivo para que não se case e nem tenha filhos. Sua relação com as mulheres e com as crianças é sem afeto, acha que não é capaz de amar e nem de cuidar de ninguém. Ele se sente isolado afetivamente, só tenta ter relações afetivas com outras mulheres se sua mãe ficar empurrando alguma amiga para cima dele. Mas essas relações não frutificam e nem são sua prioridade na vida, na verdade ele não tem interesse nessas mulheres.

Renato não perdeu seu emprego durante sua última crise; ele conseguiu um afastamento por crise de estresse e não envolveu seu empregador nessa vivência. Mas antes e depois do episódio ele sofria com ideias persecutórias e acreditava que por causa de sua tremedeira seria descoberto pelos colegas de trabalho. Essa tremedeira não era constante e também não era relacionada ao uso da medicação. Acreditava que quando estava na presença de pessoas mais importantes do que ele, a tremedeira começaria e ele passaria pelo ridículo de derrubar sobre si ou nos outros a bebida que estivesse segurando. Esse fato nunca

ocorreu, mas sua vida social foi ficando cada vez mais comprometida. Negava-se a almoçar com os colegas de trabalho e depois estendeu essa exigência aos colegas e professores do doutorado. Tinha pensamentos intrusivos de que não conseguiria se comportar adequadamente nessas ocasiões e começou a se isolar não frequentando mais jantares, almoços e festas. Quando isso não era possível sofria e evitava até alimentar-se.

Seu estado estava piorando quando o pai resolveu vender seu carro para captar dinheiro que seria investido na empresa. Esse fato o deixou perplexo e, ao mesmo tempo, conformado com sua impossibilidade de manter-se sozinho. Agora ele não tinha mais nada, nem o carro. Decidiu, com a ajuda da mãe, que deveria ser um funcionário público e que deixaria o doutorado, já que nunca seria capaz de ministrar aulas. Não via utilidade em terminar o doutorado e se sentia um incapaz. Nesse momento interrompe seu tratamento, optando por tratar-se só com a medicação que em pouco tempo seria fornecida gratuitamente pelo sistema público de saúde.

CAPÍTULO 3

A megalomania na melancolia e na paranoia.

Renato é realmente alguém que não se mostra facilmente. Sua timidez o faz quase invisível. Mas quando se propôs a falar, confessou suas mais sombrias vivências. Segundo ele, essa teria sido a única oportunidade em que realmente pôde confessar “as coisas” que havia vivido.

Vale dizer que seu tratamento durou quase dois anos e foi totalmente realizado no âmbito da clínica particular.

Marcou sua primeira consulta porque seu psiquiatra o aconselhou. Sua experiência com psicoterapia já era antiga. Fez tratamento psicanalítico, foi em busca de terapia cognitivo-comportamental e agora se aventurava pela terceira vez ao começar essa análise. No início sua queixa era a de que sua doença estava atrapalhando seu desempenho na pesquisa que desenvolvia no doutorado. Reclamava que a medicação prescrita pelo médico psiquiatra deixava seus reflexos lentos e atrapalhava seu sono, que ora era demasiado, ora o deixava insone.

Durante todo o tratamento não presenciamos nenhuma crise maníaca, tudo o que foi descrito na narrativa do caso clínico refere-se a episódios vividos antes do nosso encontro. O que pudemos perceber é que Renato estava deprimido, confuso e defendia-se constantemente da ideia de que a loucura havia se instalado na sua vida. Suas crises eram por ele entendidas como algo misterioso que tinham uma explicação lógica, mas que naquele momento não era possível entender.

É necessário frisar que, embora a narrativa do caso clínico esteja temporalmente organizada, as informações que foram relatadas não obedeciam necessariamente a essa organização.

De início pesava sobre ele o estigma do diagnóstico dado pelo psiquiatra. Renato, que é um pesquisador, não se furtou a fazer uma minuciosa pesquisa sobre “a sua doença”. Não satisfeito com o que encontrou, questionou seu tratamento com medicamentos antipsicóticos e optou por comparar-se com os autistas Aspergers.

De fato, o diagnóstico dado pelo psiquiatra, Transtorno Afetivo Bipolar, poderia ser confirmado com o relato minucioso fornecido pelo paciente: períodos de depressão acentuada e dois episódios de exaltação maníaca bem determinados. Durante um bom tempo do tratamento, essa hipótese foi uma das possibilidades que seguimos.

À medida que as sessões iam se sucedendo e novos elementos eram agregados ao caso, o diagnóstico psiquiátrico começou a não fazer sentido. Mantínhamos certa cautela com relação ao diagnóstico e ao prognóstico, mas essa sombra permaneceu sobretudo porque o paciente se beneficiava muito com esse rótulo. Dentre os benefícios que obtinha, destacamos: a atenção dada pela instituição de ensino que mantém um núcleo especial para acolher pesquisadores com características similares às dele e a atenção especial dos familiares.

O tratamento, na sua maior parte, limitou-se à escuta de sua “confissão”. Regularmente as sessões eram silenciosas e ocasionalmente eram quebradas por um discurso queixoso e monótono. O que relatamos anteriormente foram frutos de algumas sessões em que o paciente relatava suas vivências quase sempre estimuladas por alguma pontuação ou por algum acontecimento que o incomodava naquele momento específico.

A escolha desse caso clínico para discussão neste trabalho se deu por dois motivos principais: o primeiro foi relativo ao estabelecimento da transferência e o segundo foi com relação ao estabelecimento de um diagnóstico possível. Esse caso

nos propicia, agora, pensar nos sintomas apresentados pelo paciente, e a partir disso, estabelecer um diálogo com a Psicanálise com o intuito de construir uma metapsicologia baseada na subjetividade do caso.

Renato apresentava, no início do tratamento, uma forte depressão que oscilava entre a apatia e um pessimismo exagerado. Devemos lembrar que esse paciente estava sob forte influência da medicação utilizada no tratamento psiquiátrico. Encontrava-se de certa forma “impregnado” e pudemos perceber efeitos colaterais tais como: sedação, tremor das mãos, sonolência excessiva e boca seca. Acreditamos que essa situação não prejudicou de forma considerável o tratamento.

Nessa fase do tratamento, quando o quadro clínico indicava a depressão como fator dominante, pensávamos estar frente a um quadro melancólico. Mas à medida que Renato ia relatando suas vivências, outras questões foram aparecendo; e escolhemos para discutir neste trabalho a megalomania como sintoma principal e seus desdobramentos clínicos.

Faremos, então, uma reflexão sobre a megalomania presente nas neuroses, nas psicoses e nas neuroses narcísicas, dando ênfase à paranoia e aos delírios persecutórios e de observação.

Iniciaremos com algumas questões: é possível tratar um paciente megalomaniaco em análise? A megalomania pode ser, por si só, um critério diagnóstico? E como se apresenta a transferência na clínica da paranoia em que imperam a megalomania e os delírios persecutórios?

Para responder essas questões iremos analisar mais um pouco o que já descrevemos na exposição do caso clínico.

Renato se apresentava sempre calmo e contido, mas o que mais chamava a atenção era a racionalização que ele empregava para entender/justificar suas

vivências do passado e as atuais. Por ser um jovem inteligente, com um bom desempenho profissional, e razoavelmente bem-sucedido, era muito fácil, ao analista ou a outra pessoa qualquer, entender suas queixas e acreditar em sua razoabilidade. Mas isso só aconteceria se ele por vontade própria omitisse seus “pecados”. E foi isso que aconteceu por um longo período. Sem acesso à história e sem uma análise da transferência o trabalho analítico estava prejudicado. Era insuficiente nesse momento saber sua história atual, se bem que até essa atualidade era repleta de omissões. Propositamente o que era revelado tinha um apelo dramático, e seu objetivo era o de testar até que ponto seríamos capazes de ouvi-lo sem refutar suas teorias e certezas.

A partir desse ponto começamos a adentrar em outro patamar do tratamento. Lentamente o paciente começa a contar sua história e há uma mudança no conteúdo de sua fala. Ele não abandona seu método queixoso de falar e não há nenhuma transformação no seu modo de agir. Continua tudo como no início, seu aspecto é depressivo, sua fala é lamuriosa e entremeada com silêncios prolongados.

Aos poucos vão surgindo os temas relativos aos acontecimentos vividos um pouco antes, durante e após as crises de mania. Com toda a coerência possível, ele narra esses acontecimentos como se houvessem ocorrido em um determinado tempo, de forma enigmática, e como se não tivessem nenhuma relação com sua vida na atualidade. Ficamos com a impressão de que cada evento, para ele, teria ocorrido de forma isolada, como algo que vem de fora e não faz parte do seu mundo psíquico. Como se fosse um vírus que corrompe um software e ao ser detectado e eliminado restaura o sistema, que passa a responder normalmente. Isso era o que Renato gostaria que nós pensássemos.

Na realidade, o quadro clínico é tão complexo que muitas dúvidas surgiram e ainda surgem. Pensamos por um bom período que estávamos diante de um intervalo livre presente nas formas cíclicas da melancolia. Freud fala sobre esse assunto na Lição XXVI – A Teoria da libido e o narcisismo:

Ao invés disso, posso expor sobre as formas periódicas e cíclicas da melancolia algo que seguramente os interessará. Em condições favoráveis, que eu vi em duas ocasiões, é possível impedir, mediante o tratamento analítico aplicado aos intervalos livres de todas as crises, o retorno do estado melancólico, tanto na mesma tonalidade afetiva como na tonalidade oposta, circunstância que demonstra que na melancolia e na mania se trata de uma forma especial de solução de um conflito cujos elementos são exatamente os mesmos que nas outras neuroses. (FREUD, 1915-1917, p. 2389; minha tradução)

Mas ao que tudo indica o paciente não estava em um intervalo livre, embora parecesse. Ele fazia um grande esforço intelectual para nos convencer de que suas crises delirantes, sua megalomania, eram pontuais e que o resíduo que sobrava era só uma questão enigmática, provisória, que logo seria resolvida. Parece que essa explicação funcionava com sua família, consigo mesmo e deveria funcionar com o analista.

A megalomania é para Freud: “[...] a consequência imediata da ampliação do eu por toda a quantidade de energia libidinal retirada do objetos, e constitui um narcisismo secundário que vem como consequência do despertar do narcisismo primitivo, que é o da primeira infância.” (Ibid, p. 2387)

Esse sintoma estava presente em vários momentos: ele era o único que podia suceder o pai, embora não desejasse isso; sua doença eram rasgos de genialidade, por isso se comparava aos Aspergers; não era como seu pai, que dava um duro danado, mas parecia com seu tio, que tinha sucesso na vida profissional; faz doutorado no Brasil, mas nos Estados Unidos seria o auge; sente-se poderoso a ponto de se sentir perseguido pelos outros pesquisadores da sua área; quando

trabalha é sempre o melhor funcionário e se sente injustiçado; está prestes a fazer uma grande descoberta.

Um grande complicador nesse caso é que com muita frequência suas ambições o levam a ter algum sucesso, o que reforça e estimula ainda mais a megalomania.

É necessário pensar a megalomania através do conceito de narcisismo desenvolvido no texto freudiano “Introdução ao narcisismo”. Logo no início podemos ver que o narcisismo se estende e talvez “abranja um campo bem mais vasto do que o das perversões, e mais, que se poderia atribuir a ela (libido narcísica) um importante papel no desenvolvimento sexual normal do ser humano.” Em seguida, vemos que “os parafrênicos exibem dois traços fundamentais de caráter: o delírio de grandeza e o desligamento de seu interesse pelo mundo exterior (pessoas e coisas).” (FREUD, 1914/2004, p. 97)

Freud faz uma observação sobre a retirada da libido do mundo exterior na neurose: “[...], pois também o paciente histérico e o neurótico compulsivo, dependendo do grau de sua enfermidade, desistiram da relação com a realidade.” Mas observa que através da análise, ou seja, através da clínica, pôde observar que o neurótico não suspende seu vínculo erótico com pessoas e coisas, pois ainda os conserva na fantasia. (Ibid, p. 98) Significa dizer que o neurótico desistiu de buscar seus objetivos com relação aos objetos preferindo ligar-se aos objetos na fantasia. Na parafrenia não há a substituição dos objetos na fantasia e surge a questão: “Qual é o destino da libido que foi retirada dos objetos? O delírio de grandeza próprio desses estados nos aponta aqui o caminho a seguir”. O delírio de grandeza ou megalomania surge à custa da libido retirada dos objetos.

A libido retirada do mundo exterior foi direcionada ao Eu, dando origem a um comportamento que podemos chamar de narcisismo.

Na verdade, o delírio de grandeza em si não é nenhuma criação nova, mas, como sabemos, a amplificação e explicitação de um estado que já existia antes. Assim, este narcisismo, que se constituiu ao chamar de novo para si os investimentos anteriormente depositados nos objetos, pode ser concebido como um narcisismo secundário, superposto a outro, primário. (Ibid, p. 98)

Até aqui, a nosso ver, Freud estabelece uma condição para o surgimento da megalomania: retorno da libido ao Eu com desligamento parcial do mundo exterior e um considerável aumento da libido narcísica nomeada como narcisismo secundário. Com isso, podemos pensar que a megalomania seja um sintoma próprio das afecções narcísicas e que ela não esteja presente nas neuroses de transferência. Um dos motivos para crermos nisso é que nas neuroses de transferência a libido que retornou para o Eu retirada dos objetos foi redirecionada para os objetos na fantasia.

O que se observaria nas neuroses de transferência, além do fato de que há relações objetais nesses casos, e conseqüentemente um esvaziamento parcial da libido do Eu, é que a inflação do Eu não seria suficiente para a aparição do sintoma megalomaniaco. A libido não fica represada no Eu e reflui para novas ligações objetais. Freud nos dá exemplos dessa possibilidade:

Uma terceira contribuição a esta que me parece uma legítima ampliação da teoria da libido provém de nossas observações e das concepções que temos da vida psíquica das crianças e dos povos primitivos. Nos povos primitivos encontramos traços que, tomados isoladamente, poderiam ser atribuídos a um delírio de grandeza: uma supervalorização do poder de seus desejos e de seus atos psíquicos, a “onipotência dos pensamentos”, uma crença no poder mágico das palavras, bem como uma técnica para lidar com o mundo exterior, a “magia”, uma decorrência dessas premissas grandiosas. (FREUD, 1914/2004, p. 98)

Ele conclui que na criança contemporânea também se pode encontrar tais atitudes.

Pode-se observar no caso de Renato que há um grande desinvestimento do mundo externo e um aumento exagerado no narcisismo primário originando os sintomas megalomaniacos. Com isso começamos a responder algumas questões

que colocamos no início deste estudo. A megalomania como sintoma não ocorre nas neuroses de transferência. Preferimos crer que nas neuroses de transferência encontraremos um forte egoísmo que pode ocorrer quando há um aumento da libido do Eu. Com esse aumento da tensão, e consequentemente com o surgimento da sensação de desprazer, o psiquismo é forçado “a ultrapassar as fronteiras do narcisismo e a depositar a libido nos objetos” (Ibid, p.105) Nas neuroses de transferência, se houver um ultrapassamento do limite da libido do Eu, entra em ação o mecanismo de ligação com objetos externos, e seu objetivo é o de diminuir a tensão no sistema. Como nos diz Freud:

Um forte egoísmo protege contra o adoecimento, mas, no final, precisamos começar a amar para não adoecer, e iremos adoecer se, em consequência de impedimentos (frustrações), não pudermos amar. [...] Constatamos que ao nosso aparelho psíquico cabe sobretudo lidar com as excitações que, de outra forma, seriam sentidas como dolorosas ou provocariam efeitos patogênicos. (Ibid, p.106)

Esse mecanismo possibilita uma rápida diminuição da tensão interna, seja ele aplicado sobre objetos reais ou imaginários. Em seguida o autor nos fala sobre a influência desse mecanismo na gênese da megalomania:

Mas, de início, não faz diferença se esse trabalho de processamento interno se aplica sobre objetos reais ou imaginários. A diferença só se fará perceptível mais tarde, quando a libido tiver se direcionado aos objetos irreais (introversão) e causado assim, um represamento libidinal. No caso das parafrenias, semelhante processamento interno da libido retornada ao Eu propiciará então o delírio de grandeza. (Ibid, p. 106)

Como vimos na narrativa do caso clínico, as tentativas do paciente de retomar as ligações objetais se dão de forma muito precária e estão vinculadas à megalomania ou ao delírio de observação e de perseguição.

Com isso, podemos pensar que a megalomania pode ser um critério diagnóstico, ou ao menos nos indicar que o paciente sofre de alguma afecção

narcísica (parafrenias), no sentido que Freud estabelece para diferenciá-las das neuroses de transferência. Vejamos o que diz o autor:

Situo a diferença entre essas afecções e as neuroses de transferência no fato de que nas primeiras a libido – que se tornou disponível devido a um impedimento à satisfação – não permaneceu nos objetos na fantasia, mas recolheu-se ao Eu. Nesse sentido, o delírio de grandeza é um modo de lidar psiquicamente com esse volume de libido recolhido ao Eu e, portanto, corresponde ao que se encontra nas neuroses de transferência sob a forma de uma introversão da libido direcionada às formações da fantasia. (Ibid. p.106)

No entanto, na esquizofrenia o retorno da libido é anterior ao estado narcísico, seu retorno se dá ao autoerotismo, estágio anterior ao narcisismo (FREUD, 1910a, p. 1525). Parece-nos que fica impossibilitada a aparição do sintoma megalomaníaco nos pacientes portadores de tal afecção. Não há acúmulo de libido no Eu (no narcisismo primário) e essa é a condição essencial para a gênese da megalomania.

Já na melancolia o sintoma megalomaníaco pode ser observado nas formas cíclicas, quando o paciente sai da depressão melancólica e entra em mania. Freud observa que na melancolia há uma “extraordinária depreciação do sentimento-de-Si, um enorme empobrecimento do Eu.” Que leva o paciente a descrever-se como não tendo valor, como um incapaz e moralmente reprovável. Esse quadro pode ser cada vez mais intenso chegando a desencadear um “delírio de insignificância”(Kleinheitswahn). (FREUD, 1917/2004, p.104)

O melancólico pode “oscilar” entre o delírio de insignificância e a megalomania. Pode ocorrer também o delírio de negação e o delírio de enormidade (na forma mais grave da melancolia: a síndrome de Cotard) (MALUCELLI, 2007, p. 23).

Há um enigma que chama a atenção de Freud com relação à autorrecriação na melancolia:

Por fim, também chama a atenção o fato de o melancólico não se comportar como normalmente o faria alguém que estivesse atormentado pelo profundo arrependimento e pela severa autorrecriação. Falta ao melancólico, ou pelo menos nele não se faz perceptível, a vergonha diante dos outros, algo que, afinal, tipicamente caracteriza o estado de arrependimento e recriação que mencionamos. Trata-se quase do contrário, há uma despudorada loquacidade que parece até derivar alguma satisfação de se auto-expor. (FREUD, 1917/2004, p. 106)

Acreditamos que esse seja um momento oportuno para introduzirmos o conceito de ambivalência.

A ambivalência, na teoria freudiana, é um pré-requisito para o surgimento da melancolia:

Esse conflito de ambivalência, seja ele de origem mais real, ou mais constitutiva, é um dos importantes pré-requisitos para o surgimento da melancolia. Uma vez tendo que abdicar do objeto, mas não podendo renunciar ao amor pelo objeto, esse amor refugia-se na identificação narcísica, de modo que agora atua como ódio sobre esse objeto substituto, insultando-o, rebaixando-o, fazendo-o sofrer e obtendo desse sofrimento alguma satisfação sádica. (Ibid; p. 110)

A ambivalência seria, então, uma possibilidade de explicação para a oscilação entre a aparição do delírio de insignificância, na melancolia, e o delírio de grandeza na mania.

Podemos concluir que há na melancolia a possibilidade de encontrarmos o sintoma megalomaniaco. Mas com uma especificidade própria: a megalomania ocorreria em decorrência do retorno da libido ao Eu após o trabalho melancólico, ou seja, há um redirecionamento da libido outrora depositada no Super-Eu. Segundo Freud:

O acúmulo das cargas de investimentos inicialmente presas e enlaçadas, e que são liberadas após o término do trabalho melancólico, certamente está relacionado com a regressão da libido ao narcisismo e deve ser o elemento que torna possível a mania. (Ibid, p.116)

Essa regressão da libido ao Eu após o trabalho melancólico reativa o narcisismo primário, e o Eu inflado pelo excesso de libido, que circulava livremente, dá origem à

megalomania na melancolia/mania. Podemos pensar que o investimento direto da libido vinda do Isso no Super-Eu pode gerar, além da opressão do Eu, os delírios de insignificância; já a retirada da libido do Super-Eu, que aparece hiperdimensionado na melancolia, geraria os delírios de grandeza. Uma fórmula simples seria: hiperdimensionamento do Super-Eu mais apequenamento e opressão do Eu resultariam em delírio de insignificância (esse mecanismo seria uma tentativa do Eu em manter-se minimamente integrado); deslocamento da libido do Super-Eu para o Eu (regressão da libido para o narcisismo) resultaria em megalomania na mania (mecanismo que permite ao Eu dominar, ainda que de forma provisória e ineficiente, o Super-Eu).

A megalomania que se manifesta em Renato pode nos levar a uma precipitação diagnóstica na melancolia. O que pode gerar essa confusão é o fato de haver alguns sintomas que nos desviam do caminho mais adequado. O paciente apresentava inicialmente uma forte depressão, depois passou por episódios megalomaniacos e, após a remissão do quadro maníaco, apresentou delírios persecutórios e de observação. No entanto, só o fato de haver uma passagem da depressão para a mania não é suficiente para que pensemos se tratar de um quadro melancólico. É necessário que se perceba que não há um hiperdimensionamento do Super-Eu nesse caso, e não há autorrecreminações, as lamentações e o desânimo são manifestações do Eu megalomaniaco acuado e paranoico.

Uma sensação nos incomodou por um longo tempo. Diante de Renato era possível sentir um incômodo, suas queixas e seu comportamento eram bastante incongruentes com as histórias que contava. Como dissemos no relato: a leseira deixava um mal-estar no analista. Tínhamos sempre a sensação de que algo estava sempre para acontecer, algo estava permanentemente dissimulado. O que era

indecifrável nessa época pode hoje ser analisado ao introduzirmos a megalomania como sintoma da paranoia.

No Manuscrito H, carta enviada a Fliess em 24 de janeiro de 1895, Freud utiliza um pequeno caso clínico para dissertar sobre a paranoia. Ele inicia o texto dizendo que a paranoia é um modo patológico de defesa e que: “Alguém se torna paranoico por coisas que não tolera, posto que possua a predisposição psíquica particular para isso” (FREUD, 1887-1902 [1950], p. 3509). Na sua análise do caso clínico fica claro que a paciente reprimia algo, e que sua vivência e a sua recordação eram evitadas de forma veemente, mas o que surpreende no texto é a constatação de que o que a paciente realmente evitava era a autocensura. Censura essa que agora chegava aos seus ouvidos vinda de fora. Vejamos o que diz Freud:

Assim, o conteúdo objetivo ficava inalterado, mudando unicamente algo na localização de todo o assunto. No princípio havia sido uma censura interna; agora era uma imputação vinda do exterior. O juízo sobre si mesma ficava transposto ao exterior; as pessoas diziam o que de outro modo ela havia dito a si mesma, com o qual obtinha certo benefício. Havia tido que aceitar o juízo pronunciado internamente, mas podia recusar o do exterior. Deste modo, o juízo, a censura, ficava afastada do Eu. (Ibid, p. 3510)

E ele conclui: “A paranoia persegue, pois, o propósito de defender-se de uma ideia intolerável para o Eu mediante a projeção do seu conteúdo ao mundo exterior.” (FREUD, 1887-1902 [1950], p. 3510)

Com isso podemos pensar que há uma diferença fundamental entre a melancolia e a paranoia. Enquanto na melancolia o que predomina é a autocensura, uma extraordinária depreciação do sentimento-de-Si, na paranoia não há o reconhecimento da autocensura, a censura é projetada e passa a ser percebida como vindo de fora, e o que vem de fora pode ser rejeitado. Esse quadro favoreceria o surgimento da megalomania.

Não percebemos em Renato essa autocensura. Ele não se lamenta dos reveses responsabilizando-se, recriminando-se por eles como faria um melancólico, ao contrário, os outros é que são os responsáveis por seus fracassos. Quando não consegue expor seu trabalho para os colegas de profissão, ele não se recrimina achando que tem pontos falhos ou que não merece mesmo estar onde está, mas projeta essa incompetência no outro, que ele julga querer roubar seus projetos. Suas lamúrias são sempre em relação a algo que ele foi impedido de realizar: as viagens na infância que o impediram de ter amigos; a mãe que era controladora do dinheiro e o impedia de ter brinquedos e diversão; o pai que era um perdulário e impedia que ele fosse morar fora do Brasil; os chefes que no trabalho não o deixavam desenvolver seus projetos pessoais. Tudo isso é visto como injustiças cometidas contra ele.

Parece-nos que nosso paciente obtém um grande benefício nessa situação em que vive. Freud nos fala que “[...] a ideia delirante é sustentada com a mesma energia com que outra ideia, intoleravelmente penosa, é repelida para fora do Eu. Por conseguinte, estas pessoas amam seu delírio como amam a si mesmas. Nisto reside o segredo.” (FREUD, 1887-1902 [1950], p. 3511)

Isso talvez explique o quão inútil é tentar dissuadi-lo de suas ideias delirantes e também seja um dos complicadores para o estabelecimento da transferência.

Voltemos ao estudo da megalomania e sua ocorrência na paranoia.

No capítulo III, O mecanismo Paranoico, do texto, “Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (Demência Paranoide) autobiograficamente descrito” (1910a), Freud diz que a retração da libido não pode ser exclusiva da paranoia e que é muito provável que ela seja um mecanismo comum a toda repressão. Como consequência não podemos pensar que a retração

da libido por si só seja o elemento patógeno da paranoia. Para ele o fato de a libido ter sido retirada dos objetos exteriores e redirecionada ao Eu não é suficiente para que adoecemos. Há outro fator importante que é o fato de a libido que retornou não ser redirecionada a novos objetos e ficar flutuando na psique produzindo tensão e influenciando sobre o estado de ânimo. Segundo o autor: “Mas, na paranoia temos um indício clínico de que a libido retraída do objeto recebe um emprego especial. Recordamos que a maior parte dos casos de paranoia incorporam certo montante de delírio de grandeza, e que o delírio de grandeza pode constituir por si só uma paranoia.” (FREUD, 1910a, p.1523) Em seguida ele deduz que na paranoia a libido que estava solta é acumulada no Eu e serve para engrandecê-lo. Com isso há um retorno ao narcisismo e pode-se supor que “os paranoicos integravam uma fixação ao narcisismo, e concluímos que o retrocesso da homossexualidade sublimada até o narcisismo revela o alcance da regressão característica da paranoia” (Ibid, p.1523).

Renato traz conjuntamente com a megalomania a manifestação de delírios de observação e delírios de perseguição. E estes estão intimamente ligados aos conteúdos megalomaniacos. Invariavelmente ele se sente observado e perseguido por pessoas que poderiam prejudicá-lo ou que saberiam de coisas que o “incriminariam”. Há dois núcleos delirantes que são abastecidos pela megalomania: um deles é o que se refere aos seus projetos profissionais e de pesquisa (persecutórios), e o outro, de observação, que se refere aos conteúdos sexuais (homossexualidade e abusos sexuais).

Pensando nisso iremos discutir se há neste caso clínico o surgimento do que Victor Tausk denominou de aparelho de influenciar. (TAUSK, 1990, p.37-77)

CAPÍTULO 4

Considerações sobre o aparelho de influenciar de Victor Tausk:
a informática, representada pela Internet, como modelo do aparelho

Como já dissemos anteriormente, a narrativa do caso clínico nos propicia, dentre outras coisas, uma oportunidade de integrarmos partes da história do paciente que se perderam ou não tiveram a atenção necessária. Renato demonstrou não querer revelar-se facilmente. Ele não dizia uma palavra sem antes medir as consequências de seu ato. Sempre nos pareceu que sua fala era mediada pela censura. Seu maior objetivo era o de não fornecer nenhuma informação que o comprometesse ou levantasse algum sinal de sua insanidade. Portanto, seu discurso era intensamente monitorado por essa censura e isso dificultou uma análise global dos sintomas. Era difícil estabelecer a lógica mais adequada, uma vez que ele imprimia em seu dito uma lógica forçada que tinha por finalidade dissimular sua paranoia e a megalomania.

Em diversas ocasiões ele suprimiu fatos que poderiam denunciá-lo. Por muito tempo seus focos narrativos foram o desânimo e a lamentação. Muito embora suas palavras fossem chorosas e lamurientas, elas eram denúncias das injustiças que sofria ou que achava que sofria. Se nas suas pesquisas do doutorado não encontrasse nenhum sinal de que suas teses estavam corretas, elas eram imediatamente descartadas e criticadas, como se houvesse obrigatoriamente de encontrar nesses textos as confirmações necessárias para avançar na sua pesquisa. Aparentemente não lhe passava pela cabeça a hipótese de não estar certo nas suas proposições. Sua megalomania era bastante evidente nesses casos.

Mas o que queremos evidenciar é o fato de que esse comportamento dissimulado impedia que se analisasse a possibilidade de estarmos frente às primeiras manifestações da organização de um aparelho de influenciar nos moldes de Victor Tausk.

Com o passar do tempo, as histórias foram aparecendo e pudemos retroativamente estabelecer algumas considerações sobre a possibilidade de que há em curso a construção do aparelho de influenciar no caso de Renato.

Para Tausk (1990), o aparelho de influenciar é uma máquina de natureza mística, os doentes podem apenas indicar por alusões sua estrutura. Muitas vezes elas são compostas por manivelas, alavancas, rodas, botões etc. Essa seria uma forma mais simplista da natureza da máquina de influenciar que se aproximaria muito da descrição de uma máquina propriamente dita. Mas o autor se adianta e nos diz que no caso de pacientes que dispõem de qualidades intelectuais mais desenvolvidas e que são mais cultos, essa máquina pode variar:

Os doentes cultos se esforçam, por intermédio dos conhecimentos técnicos de que dispõem, em adivinhar a composição do aparelho. À medida que a difusão das ciências técnicas avança, vê-se que todas as forças naturais domesticadas pela técnica são trazidas a contribuir na explicação do funcionamento deste aparelho, mas o conjunto das invenções humanas não basta para explicar as notáveis ações dessa máquina pela qual os doentes se sentem perseguidos. (TAUSK, 1990, p. 40-41)

É exatamente esse o caso de Renato. Seu desempenho intelectual e profissional atesta para essa afirmação. É bom que se diga que em nenhum momento o paciente afirma ou sinaliza seu entendimento desse processo. Durante nossos encontros não foi levantada a hipótese da existência da construção do aparelho.

Essa descrição de Tausk nos faz pensar que o desenvolvimento da ciência e sua incorporação no dia a dia das pessoas acabam por dissimular, de certa forma,

uma possível incidência da tecnologia na construção do aparelho de influenciar. Renato é um homem da ciência e se vale dela para existir no mundo. E é aqui que entra a informática como ramo da ciência que influencia na criação do seu aparelho, e especialmente a Internet como veículo próprio que servirá de *link* e dará uma realidade ainda maior para essa realização.

Durante uma de suas crises, o paciente estava convicto de que havia feito grandes descobertas. Essas descobertas deveriam ser protegidas, pois um de seus “concorrentes” poderia ter acesso às informações que estavam armazenadas em seu computador e também a uma grande parte que estava armazenada em sua mente. Com essa segunda colocação fica fácil para o clínico perceber que se trata de um delírio, mas e quanto à primeira afirmação? Sabemos que as informações armazenadas em um computador ligado à Internet podem com muita facilidade ser acessadas e roubadas. O que denuncia a dinâmica do delírio é a impossibilidade de um “concorrente” acessar as informações diretamente da mente do paciente apenas se conectando via Internet. Há aqui algo que liga um dado da realidade, a existência da Internet e a acessibilidade das informações, a uma parte do corpo do paciente que pode ser conectada também à rede. Renato nem suspeita - ou sequer questiona - essa possibilidade. Seu relato do fato limita-se a informações prestadas pelos parentes próximos. É uma informação psiquiátrica, informativa, ilustrativa do que aconteceu com ele. Ela não é integrada à vivência dele, e só muito tempo depois, em um segundo relato do mesmo episódio, é que ele relata o que viveu.

Quando dessa segunda vez, ele fala de sua “espionagem”. Para defender sua descoberta, ele há algum tempo monitora via Internet e jornais on-line os passos de Bill Gates. Ele usa a máquina para se proteger de uma possível invasão. Esse episódio deixa marcas profundas que serão retomadas algum tempo depois, já na

universidade, durante seu doutorado. “Lá há desenvolvedores da empresa (Microsoft) que monitoram as descobertas dos alunos.” Na verdade há uma parceria universidade/empresa que estimula o desenvolvimento tecnológico com a intenção de beneficiar ambas as instituições.

Voltemos um pouco ao aparelho segundo Tausk:

O aparelho produz e furta pensamentos e sentimentos, graças a ondas ou raios, ou pelas forças ocultas, coisa que o doente não pode explicar pelos conhecimentos físicos. Neste caso, o aparelho é também chamado “aparelho de sugestão”. O mecanismo é inexplicável, mas a função é de permitir ao ou aos perseguidores transmitir ou furta pensamentos e sentimentos. (TAUSK, 1990, p.41)

Renato não apresenta em sua fala o conhecimento da influência direta de um aparelho de influenciar como aparece em muitos casos relatados pela literatura. Tausk diz que “doentes que não apelam para a intervenção de um aparelho, precedem a aparição do sintoma do aparelho de influenciar: o aparelho é uma manifestação mais tardia da doença.” (TAUSK, 1990, p.42) Essa hipótese deve ser levada em conta, pois mais tarde o paciente necessitará dele para explicar os fenômenos que aparecem e desaparecem inexplicavelmente. “Sua aparição visa, [...], encontrar uma causa para as transformações patológicas que dominam a vida afetiva e sensorial do doente e que são patentemente sentidas como estranhas e desagradáveis.” (Ibid, p.42).

Nosso paciente estava às voltas com um enigma que ele não conseguia explicar, havia algo acontecendo que não era possível controlar. Segundo Renato, algumas pessoas sabiam o que estava acontecendo, mas ele logo também iria descobrir. Renato se ocupava tanto com isso que chegava a delirar. Relata que algumas pessoas ligadas a ele indiretamente e também pessoas desconhecidas riam dele porque não era capaz de entender o que acontecia.

A Internet está muito presente na vida desse paciente. Lembremos que na primeira crise ele trabalhava em uma empresa multinacional fabricante de softwares “concorrente de Bill Gates”. Seu maior objetivo era estudar na América do Norte para poder trabalhar na Microsoft. Ele era um usuário constante da rede e em um dado momento usou-a para procurar pornografia infantil. Esse episódio é bem esclarecedor e confirma, de certa forma, que sua percepção da separação computador/corpo estava comprometida. Ele conta que em uma festa de família interessou-se sexualmente por uma adolescente a ponto de ter “uma ereção que podia ser vista por quem quisesse ver, e que com certeza as pessoas que lá estavam haviam visto”. Isso o levou a pesquisar por dias ou meses, em *sites* pornográficos, o que ele chamou de pornografia infantil. Esse ato o encheu de medo e ele passou a se sentir perseguido pela polícia, que sabia sobre suas investidas em busca de “pornografia infantil”. Como eles sabiam? Simplesmente sabiam. Porque ele não deixou rastros, *expert* que é. Apagou tudo e sumiu com as possibilidades de ser encontrado. Essa ideia tem a mesma conotação da aplicada à perseguição de Bill Gates: o computador ligado à Internet também está ligado a ele, fechando uma rede. Ele só não sabe como isso acontece.

Podemos estar frente a uma nova forma de apresentação do aparelho de influenciar. Essa nova forma pode dificultar ainda mais o diagnóstico para o clínico. É difícil num primeiro momento juntar as peças, identificá-las. No caso de Renato, dada a megalomania, as peças só puderam ser juntadas pelo clínico após a releitura do caso. Soltas elas só respondiam à crise a que estavam associadas, mas posteriormente foi possível verificar suas conexões. Há um denominador comum nas crises, elas se acumulam, aumentando a tensão, e contribuem para dar cada vez mais credibilidade ao delírio, tanto de perseguição como megalomaníaco.

O desenvolvimento da informática aplicado à área de comunicação possibilitou ao usuário comum acessar a rede de comunicação mundial. Essa liberdade de comunicação em tempo real com qualquer pessoa (desde que conectada à rede) ampliou as possibilidades de sermos observados a todo momento. Uma vez conectado à rede é sempre possível, querendo o usuário ou não, obter informações sobre onde e quando este acessou cada *site*, *blog* ou rede social. Isso pode ser transformado, como já o é, em um perfil de usuário/consumidor. É possível saber como se comporta um indivíduo, descobrindo onde ele acessa e com qual frequência faz os acessos. Sites de relacionamento já identificam os usuários/consumidores, e através de uma classificação, vendem publicidades para serem vinculadas ao perfil desejado. Os *blogs* vendem espaços publicitários de acordo com o conteúdo a eles vinculados. Isso tudo pode parecer simples, mas o que está por trás é o fato de que, ao utilizarmos a rede, estamos sujeitos a que se colem informações sobre nossos hábitos e costumes. Ou seja, estamos observando e sendo observados. Não há muita privacidade na rede mundial. Aos poucos criam-se mecanismos de controle sobre os conteúdos e acessos, aos moldes do nosso aparelho psíquico. No início da Internet tínhamos os conteúdos espalhados e sem censura nenhuma, e era possível acessar qualquer conteúdo em um provedor livremente. Esses conteúdos eram colocados nos servidores pelos próprios usuários, tudo era livre, mas compartimentado para facilitar o acesso. Numa segunda fase, a Internet passou a ser monitorada e os conteúdos começaram a ser censurados e agrupados de acordo com os códigos morais de cada cultura. Há países que censuram os conteúdos de acordo com suas ideologias políticas ou segundo a fé que professam. Estamos entrando em uma terceira fase, em que a própria rede selecionará os conteúdos seguindo parâmetros predeterminados.

Muitos usuários mantêm relações com a rede que poderíamos classificar como paranoicas, esquizofrênicas ou neuróticas. Além de a rede ser um local ideal para a proliferação das teorias de conspiração paranoicas, ela também é um local ideal para a manutenção da megalomania.

Essas relações podem funcionar exatamente como Tausk pensou o aparelho de influenciar. O indivíduo consegue, graças à imensidão de informações caóticas, construir novas significações que sejam convenientes para justificar suas vivências. E uma vez aderido a essa prática, estabelece uma relação simbiótica com essa outra realidade que podemos chamar de virtual. Não há mais distinção entre a realidade e essa realidade virtual. Nosso paciente já não conseguia diferenciá-las corretamente. A rede se torna uma fonte inesgotável de respostas aos seus mais diversos enigmas. Não é que a rede tenha as respostas, ela é uma fonte inesgotável de informações aparentemente agrupadas que seguem uma lógica determinada. Ela pode funcionar como aquela brincadeira do telefone sem fio, em que a informação chega a um usuário final totalmente ou parcialmente modificada. A rede está mais para a desorganização do Inconsciente do que para a fala organizada do Consciente.

Vejamos um exemplo. Renato, ao se deparar com seu diagnóstico psiquiátrico e com a medicação que lhe era prescrita começa a suspeitar de que seu médico o considera psicótico e investe seu tempo em busca de respostas que sustentem suas fantasias. Ao investigar as possibilidades (na Internet) de se encaixar em algum tipo psicótico, ele opta por ser um Asperger porque esse tipo está sustentado em uma “genialidade” que o próprio paciente se atribui. Mais uma vez encontra respostas que satisfazem sua megalomania.

Uma hipótese interessante para pensarmos é a de que a rede em sua realidade virtual favorece a criação imaginária de alguém que não se é, mas que se pensa que é. Narcisicamente o paciente encontra nessa operação a satisfação de existir sem que alguém possa confrontá-lo com a realidade. Na rede é possível encontrar a sustentação necessária à manutenção dos delírios. Aparentemente a rede, sendo ela nesses casos a extensão do Eu, não possibilita o investimento em objetos externos. O que acontece é a incorporação das novas aquisições que engrandecem o Eu e sustentam a megalomania dando a veracidade necessária para autenticar a teoria paranóica; teoria essa que o paciente defende a todo custo e que lhe dá uma existência possível mesmo sendo ela megalomaniaca.

É importante salientar que a informática, representada aqui pela rede mundial de Internet, não é em si um aparelho de influenciar. Ela só pode ser pensada assim quando utilizada para esse fim. Se pensarmos com a ajuda da psicanálise freudiana, somente os pacientes psicóticos podem ter esse tipo de relação com a rede. Mas é prudente que o clínico fique atento a esse novo semblante da manifestação, e que não descarte de imediato a utilização da Internet como aparelho de influenciar em pacientes neuróticos graves.

Para Tausk os doentes “são, eles próprios, o que lhes agrada no mundo exterior; é por isso que não encontraram o caminho do mundo exterior” (Tausk, 1990, p. 56). Seguindo Freud, ele discorre sobre a problemática do narcisismo em relação ao retorno da libido ao Eu que não segue o curso normal de ligar-se aos objetos no mundo exterior.

A questão do narcisismo é central na gênese da paranoia e da megalomania. A mania de grandeza, como pode ser chamada a megalomania, é fruto do retorno da libido ao Eu e da sua impossibilidade de redirecionamento a novos objetos. Um

Eu super-investido está propício a super-valorização do mundo interno recriado pelo próprio paciente.

No caso de Renato, a megalomania começa a exceder os limites do Eu e passa a ser projetada ao exterior, gerando uma autêntica paranoia. Talvez possamos pensar, nesse caso, que a megalomania e a paranoia sejam as responsáveis pela construção do aparelho de influenciar. Como diz Tausk, o aparelho é criado para dar consistência às vivências do paciente que não podem ser explicadas racionalmente. O aparelho surge para responder e organizar a loucura projetada no mundo exterior. A desorganização é projetada para o exterior e entendida com uma confusão externa, sem sentido, e que não faz parte da vida do paciente, que pode ser traduzida como enigmática, mística, secreta etc.

Freud, em “À guisa de introdução ao narcisismo”, nos diz que a idealização “é um processo que ocorre com o objeto e por meio do qual o objeto é psiquicamente engrandecido e exaltado, sem sofrer alteração em sua natureza”. E que a idealização pode ocorrer tanto na libido do Eu como na libido objetal. Quando a idealização ocorre no campo da libido objetal, estamos nos arredores da paixão e do amor objetal propriamente dito. Quando ocorre deslocado do Eu para um Eu-ideal que é ideal “e que, como o Eu infantil, se encontra agora de posse de toda a valiosa perfeição e completude”, estamos no campo do narcisismo secundário. (FREUD, 1914/2004, p. 112)

A “consciência moral”, mais tarde denominada de Super-Eu, tem uma importância fundamental na gênese do delírio de observação, sendo ela uma instância que observa e julga o Eu segundo o ideal. Renato ainda não se queixa explicitamente de que é observado, mas reclama que querem obter dele algo que ele não sabe muito bem. Ele também nos relata que seus concorrentes estão por

toda parte e que ele deve ter muita cautela para que não roubem suas ideias. Na universidade quando está dando algum seminário ele teme que alguém roube suas ideias, ou que as ridicularize. Ele se sente atacado e invadido pela presença das pessoas, e acredita que sofre de síndrome do pânico porque não tem mais se arriscado a enfrentar o público. Outra queixa constante é a de que ele ouve de outras pessoas alguns comentários a seu respeito. Em um restaurante ele ouve um homem comentar com um acompanhante algo sobre ele. Essa pessoa faz algum comentário sobre ele como se o conhecesse, soubesse de onde ele vem, quem ele é e conhecesse algo a seu respeito (como se soubesse que ele é homossexual, por exemplo).

Para Freud a formação do Ideal-de-Eu é fruto da influência crítica dos pais sobre o doente “que lhe é transmitido pela voz e tutelado pela consciência moral; mais tarde somaram-se a esse ideal as influências dos educadores, dos professores, bem como da miríade incontável e indefinível de todas as outras pessoas do meio.” (Ibid, p. 114)

Na paranoia o doente faz uso de sistemas especulativos, conforme nos diz Freud:

As queixas da paranoia revelam também que a autocrítica da consciência moral coincide com a autoobservação sobre a qual ela se calca. Portanto, a mesma atividade psíquica que assumiu a função de consciência moral também pode colocar-se a serviço da pesquisa pessoal interior, que aliás também fornece à filosofia o material de suas operações intelectuais. É possível que esse fato esteja relacionado com a propensão à formação de sistemas especulativos que caracteriza a paranoia. (Ibid, p. 114)

E é exatamente essa instância crítica que auxilia o paranoico nas suas pesquisas com o intuito de garantir a veracidade de seus sistemas especulativos.

Aparentemente a dúvida crucial de Renato estava associada à questão da homossexualidade. Como vimos na narrativa do caso clínico, ele teme ser

confundido com um “gay” e não admite a ideia de que as pessoas possam achar que ele seja “gay”. Como pode ser homossexual se tem relações com mulheres? Sua relação afetiva com mulheres é quase nula. Todas as mulheres com quem ele se relacionou foram “impostas” pela mãe. Sua mãe não se cansava de lhe apresentar moças que ela julgava ideais para ele. Em várias ocasiões ele chegou a sair com algumas dessas “pretendentes”. Seu relacionamento mais longo foi exatamente com uma garota de programa, com quem ele manteve vários meses de relação, principalmente sexual. Essa relação teve início durante uma de suas crises megalomânicas, e parece que a garota acabou por aproveitar-se da situação para tirar algum proveito financeiro. Renato se queixou de forma muito superficial de que essa era uma visão de sua família com a qual não concordava de forma nenhuma.

A questão da homossexualidade está presente em quase todo o relato das vivências do paciente. Como já vimos a paranoia é uma defesa contra um desejo homossexual. O paciente acredita que os outros o enxergam como homossexual e que isso o leva a correr riscos de abusos sexuais.

Desde criança ele vive episódios de ataques contra sua masculinidade. Quando pequeno seus amigos o perseguiram com xingamentos e ameaças. Algum tempo depois, na adolescência, teve alguns episódios de perseguição na escola e o mais significativo de todos aconteceu na época da mudança para fora do Brasil. Naquela ocasião, dois homens que trabalhavam com seu pai teriam insinuado que ele era um menino que se prestava a práticas sexuais com outros homens. Esse episódio foi vivenciado de forma violenta e deixou muitas marcas em Renato. Daí em diante ele evitou sistematicamente ficar sozinho com estranhos, sobretudo com homens.

Na época da faculdade teve um episódio homossexual com um de seus amigos. O paciente prefere se referir a esse caso como um engano de interpretação do amigo. Ele e o amigo consumiam drogas quando este o agarrou e forçou uma relação homossexual.

Renato não pensa na possibilidade de ter desejos homossexuais, e acredita que as pessoas estão equivocadas ao julgarem-no dessa forma. Todos os ataques que sofreu não são compreensíveis para ele, não há nada nele que tenha despertado a fúria dos amigos da escola, nada que desperte o interesse sexual de outros homens. Ele nega qualquer possibilidade de ter desejo ou despertar desejo homossexual.

Nesse momento é importante lembrarmos um pouco mais da história de vida do paciente. Faremos um retorno ao relato atentando para as questões que possam ter influenciado a constituição de um ego megalomaniaco.

Desde pequeno Renato tem um lugar privilegiado na família. É o mais velho dos irmãos e sempre foi a promessa de um dia tocar os negócios da família. Ele sempre foi estimulado a ser o melhor; sua mãe desejava para ele tudo o que ela não teve. Mas também o sufocou com o controle excessivo sobre os gastos e o estimulava a economizar e a não esbanjar dinheiro com coisas que julgava supérfluas. Economizava a ponto de não deixar os filhos terem brinquedos e lazer. Exerceu sempre um enorme controle sobre os gastos familiares.

Essa “mania de economizar” teve um reflexo importante na vida psíquica do paciente. Temos um episódio muito peculiar que nos atesta isso. O episódio dos grampos nos mostra que o paciente havia encontrado na sua história uma representação que exemplificava muito bem como ele se sentia em relação a essa questão. Renato nos relata uma brincadeira infantil com uma amiguinha. Ele colocou

sobre a base do pênis um punhado de grampos de cabelo na esperança de que eles ali ficassem, mas para sua surpresa eles caíam ao chão. Anteriormente ele havia colocado alguns grampos de cabelo na vagina da menina e constatou que eles ali ficavam. Após insistir em colocar mais grampos apoiados em seu pênis e não obter sucesso, Renato e a amiguinha são flagrados pela mãe. Sua constatação é a de que, ao lembrar essa cena, ele se vê desperdiçando algo que é da mãe, os grampos espalhados pelo chão. Apesar de ser uma cena que mereça maior exploração, pensamos que não seria útil fazê-lo no sentido da ameaça da castração. Vamos nos deter na rememoração da cena, que é o que pode ser discutido, pois não há mais a possibilidade de contar com novos relatos do paciente para esclarecer alguns pontos ou aprofundar essa vivência, uma vez que o caso já está devidamente encerrado e sem nenhuma possibilidade de novo contato.

No momento da rememoração o paciente estava bastante tranquilo e ao finalizar sua fala ele se transforma. Sua atitude, que sempre havia sido contida e controlada, passa a apresentar uma agitação incomum. Sua face muda e aparenta certo desespero, como se a cena houvesse acontecido ali, naquele momento. Ao ser questionado sobre o que sentia, ele relata que a sensação que teve foi de estar desperdiçando algo que não lhe pertencia, a visão dos grampos no chão o remetia ao desperdício e à falta que isso poderia fazer no futuro.

A vida dessa família é marcada pela busca do sucesso profissional do pai. A mãe nessa época abdica de tudo para seguir o marido na busca desse sonho. Sabemos que essa família busca se destacar do restante dos familiares pela obtenção do sucesso profissional. Lembremos que o pai de Renato e ele mesmo eram constantemente comparados com o tio e o primo. Fazendo pares cruzados que se diferenciavam pela inteligência e pelo sucesso obtido. Renato e o tio eram os

modelos de sucesso, perseverança, brilhantismo e até da “esquisitice”. O pai e o sobrinho eram o modelo do que não deu certo e eram vistos como perdulários.

Há também uma busca pela estabilidade. Essa estabilidade podia ser financeira, a qual aconteceria com a conquista de um excelente emprego público ou uma colocação numa empresa de renome internacional como a Microsoft, por exemplo. Buscavam também a estabilidade na constituição de um lar. Seu pai comprou um apartamento que estava acima das possibilidades financeiras da família, mudaram-se para lá antes mesmo de o edifício ficar totalmente pronto e estão lá até hoje. Essa família sofreu muito com as constantes mudanças no decorrer da vida profissional do pai, ora estavam no Brasil vivendo em uma determinada cidade, ora estavam vivendo em algum acampamento no meio do deserto no Oriente. Mas há também a procura pela estabilidade emocional, começando pela mãe, que era bastante melancólica e ausente. O pai, que mantinha o foco na carreira e submetia a família a constantes mudanças e mostrava-se um perdulário. E finalmente Renato, que condensava tudo isso em si mesmo. Ele era, além disso, a esperança de continuação dos negócios da família. Era praticamente certo (para os pais) que ele seria um sucesso na profissão e que ajudaria a alcançar os objetivos de todos.

Todo esse cenário já basta para perceber que esse filho deveria ser mais que especial. Ele já nasceu com um fardo bastante pesado. Parece-nos que o filho ideal que essa família gostaria de ter era da esfera do impossível, como todo ideal. A influência dos pais na constituição do Ideal-de-Eu, nesse caso, foi fundamental. O paciente desde pequeno foi estimulado a ser o melhor e ao mesmo tempo ficou submetido ao Ideal inalcançável. É possível que, à medida que foi crescendo e se afastando da possibilidade de alcançar esse Ideal, ele tenha se fechado cada vez

mais em si mesmo, gerando um super-investimento no Eu. Isso favoreceu a constituição da megalomania.

Nesse primeiro momento, temos a criação de um Ideal-de-Eu, o fracasso em atingir esse Ideal, o recolhimento da pulsão ao Eu e o surgimento da megalomania que dá a sustentação ao delírio de que se alcançou o Ideal.

Num segundo momento, o paciente defronta-se com a realidade e se frustra. Usamos aqui o termo frustração no sentido freudiano expresso no texto “Neurose e Psicose”, de 1924:

Apesar dessas diferenças entre neurose e psicoses, é importante ressaltar que, tanto na irrupção de uma psicose como de uma neurose, a etiologia comum é a mesma: a privação [Versagung], a não realização de algum daqueles desejos da infância, sempre indomáveis e tão profundamente enraizados na nossa organização psíquica filogeneticamente predeterminada. Essa privação [Versagung] parte, em última análise, sempre de uma circunstância externa, mas, em certos casos, ela também pode partir daquela instância interna (situada no Supra-Eu) que se incumbiu de assumir a função de representar [Vertretung] as exigências da realidade. (FREUD, 1924/2004, p. 97)

A isso se segue a projeção das atribuições do Super-Eu para o exterior originando o sentimento de perseguição. A partir daqui se instala a paranoia de Renato vivida como perseguição profissional, complô contra suas descobertas, calúnias que o ridicularizam diminuindo sua importância megalomaniaca e, finalmente, a instauração do aparelho de influenciar que o persegue sorrateiramente.

CONCLUSÃO

Iniciaremos essas considerações finais pensando o método clínico, mais precisamente a narrativa do caso clínico. É fácil perceber neste trabalho a importância do caso clínico e da narrativa na construção de um pensamento sobre o vivido na clínica; que nesse caso, especificamente, se apoia na psicanálise dita freudiana. Existiria uma psicanálise que não o fosse?

A clínica do ponto de vista da Psicopatologia Fundamental e da Psicanálise deve levar em conta a subjetividade, e o caso clínico é o caminho mais adequado para esse fim. Demonstramos aqui que um caso clínico pode ser um bom caminho para levantar questões relativas aos impasses gerados pelo encontro clínico entre paciente e analista. As questões daí ressaltadas servirão para que se discutam posteriormente as bases teóricas que levaram à solução ou ao próprio impasse.

Quando utilizamos o método clínico em um texto acadêmico é necessário que atentemos para a construção da narrativa do caso clínico. A narrativa deve ser feita de modo que os fatos sejam narrados sem interpretações ideológicas, de forma clara, de acordo com o que foi vivido e contado pelo paciente durante o encontro. Para que essa tarefa tenha êxito é necessário que haja a dissolução da transferência por parte do clínico, aquele caso não lhe pertence mais e nem é passível de transformações, uma vez que já está encerrado. Portanto, é infrutífero inferir julgamentos que tenham o objetivo de julgar a ação do analista durante o tratamento. Devemos nos ater ao relato com o intuito de observar o *pathos*, o sofrimento, a paixão, a passividade.

No Caso Renato escolhemos a megalomania para pensar a impossibilidade do tratamento. Um Eu megalomaniaco está hiperinvestido, a pulsão retornou para

ele e não faz mais ligações com o exterior, ou seja, não refaz ligações objetais. Resta-nos perguntar: como será possível o tratamento se o paciente não se ligará ao processo analítico nem ao analista? A transferência é fundamental para a instalação do tratamento. O que levou Renato a permanecer em tratamento por dois anos no âmbito da clínica particular? Para Freud a perda da realidade na psicose não é total, há uma perda parcial da realidade (FREUD, 1924/2004, p. 127). Esse fato pode corroborar com a ideia de que há uma forma especial de transferência na psicose. Freud nos diz que: “Na psicose, manifesta-se uma onipotência, que reside na criação de uma realidade que não mais cause o mesmo impacto que a realidade abandonada causava” (Ibid, p. 128). A transferência é uma ficção, tanto nas neuroses de transferência quanto nas psicoses. Talvez esteja aí a resposta, o paciente onipotentemente se atribui o poder da condução do tratamento, deixando o resto por conta do analista. A realidade do tratamento também é recriada a cada sessão e o paciente passa a oferecer ao analista aquilo que ele julga pertinente para o seu caso, mas obviamente essa empreitada falha e o paciente se revela a cada fala. É importante que na análise desse tipo de paciente o analista privilegie a escuta.

Com Renato a transferência parecia fugaz. Estava sempre a se recriar; era evanescente. A cada sessão uma nova transferência que logo se desfazia.

A megalomania é um entrave para o tratamento. O paciente está sempre às voltas consigo mesmo, ele procura incessantemente reparar o Eu danificado pela castração que foi vivida como mutilação e amputação. Essa dinâmica favorece o engrandecimento do Eu que de forma imaginária busca equiparar-se às referências do Ideal-de-Eu.

Apesar de a megalomania ser um entrave para o tratamento, ela pode ser um sintoma que aponte para formas específicas do adoecimento psíquico. Como vimos anteriormente, não há a manifestação da megalomania nas neuroses de transferência. Na esquizofrenia propriamente dita o retorno da libido é anterior ao estado narcísico, seu retorno se dá ao autoerotismo, estágio anterior ao narcisismo primário. Não há acúmulo de libido no Eu e, portanto, não encontraremos o sintoma megalomaniaco nessa afecção. Já na melancolia poderemos encontrar a megalomania expressa nas formas cíclicas. O melancólico pode oscilar entre o delírio de insignificância e a megalomania (delírio de grandeza). Na melancolia o retorno da libido ao Eu tem outro destino. Ao retornar ao Eu a libido é usada para produzir uma identificação do Eu com o objeto de amor que fora abandonado. Esse abandono se dá após ocorrer uma ofensa real ou decepção proveniente da pessoa amada. “Assim a sombra do objeto caiu sobre o Eu. A partir daí uma estância especial podia julgar esse Eu como se ele fosse um objeto, a saber: o objeto abandonado.” (FREUD, 1917/2004, p.108) Na melancolia o conflito se dá entre o Eu e o Super-Eu e esse embate tem como principal consequência ora o superinvestimento do Super-Eu, que gera a melancolia propriamente dita (originando o delírio de insignificância), ora um superinvestimento do Eu, muito mais incomum, que gera a megalomania a qual pode se manifestar como mania de grandeza. Freud nos diz que a melancolia e a mania lutariam contra o mesmo complexo (Ibid, p.112). Essa afirmação nos leva a uma questão: seria o delírio de insignificância uma forma negativa da megalomania? Se a megalomania é uma superestimação de si mesmo, poderia a melancolia e o delírio de insignificância serem uma superestimação negativa de si mesmo?

É na paranoia que podemos ver mais claramente a influência da megalomania. No caso Renato vimos que por trás da paranoia que ele apresentava, de forma mais ou menos clara, era possível perceber que a megalomania estava presente. Segundo Freud: “[...] na paranoia temos um indício clínico de que a libido retraída do objeto recebe um emprego especial. Recordamos que a maior parte dos casos de paranoia incorporam certo montante de delírio de grandeza, e que o delírio de grandeza pode constituir por si só uma paranoia.” (FREUD, 1910a, p.1523) Em seguida, ele deduz que na paranoia a libido que estava solta é acumulada no Eu e serve para engrandecê-lo. Com isso há um retorno ao narcisismo e pode-se supor que “os paranoicos integravam uma fixação ao narcisismo, e concluímos que o retrocesso da homossexualidade sublimada até o narcisismo revela o alcance da regressão característica da paranoia” (Ibid, p.1523).

Portanto, a megalomania pode ser um critério diagnóstico desde que seja analisada como se dá sua incidência. Temos neste estudo uma amostra de que a megalomania pode precipitar o clínico em um diagnóstico de melancolia, o que, nesse caso, seria um erro. É importante que o clínico não se precipite e avalie como a megalomania aparece em cada caso, pois ela pode muito bem ser confundida com um forte egoísmo, com uma crise maníaca ou mesmo ser tratada como uma excentricidade.

Dentro desta perspectiva, começamos a refletir sobre a possibilidade de que Renato estava naquele momento dando forma a um aparelho de influenciar.

Havia fortes indícios de que estávamos diante da construção de um aparelho de influenciar. A peculiaridade que nos chamou a atenção foi o fato de que esse aparelho encontrava o respaldo da informática, mais especificamente da Internet, para se manifestar. Como apontamos neste estudo, o paciente se encontrava

conectado ao aparelho representado pela rede mundial de Internet. Era através dessa conexão que seus perseguidores podiam prejudicá-lo e era também através dessa conexão que ele se protegia da invasão. Por apresentar essa característica, ser um instrumento que conecta as pessoas ao mundo virtual e que existe na realidade, o aparelho criado por Renato ficou pouco evidente a uma primeira observação, afinal muitos de nós também vivemos conectados à rede. Só depois de algum tempo foi possível avaliar realmente o quanto a rede deu sustentação ao delírio de influência, ao delírio persecutório e à megalomania. Acreditamos que o desenvolvimento do aparelho de influenciar esteja apenas no início. Portanto, as perspectivas futuras não são muito animadoras, e serão ainda piores se o paciente continuar a ser tratado como portador de TBH (Transtorno Bipolar do Humor).

BIBLIOGRAFIA

ARISTÓTELES, 384-322 a.C. O homem de gênio e a melancolia: o problema XXX,I. Tradução do grego, apresentação e notas: Jackie Pigeaud. Tradução Alexei Bueno – Rio de Janeiro: Lacerda Editores, 1998.

BERLINCK, Manoel Tosta. O que é Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 46-59, março. 1998.

_____. Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, 2000.

_____. O método clínico 1- Disponível em:
<http://www.psicopatologiafundamental.org/app/index.php#artigo2/2/1945/1/107>.
 Acesso em: 10/05/2010

_____. O método clínico 2- *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 9-12, dezembro. 2007. Disponível em:
<http://www.psicopatologiafundamental.org/app/index.php#artigo2/2/1946/1/107>.
 Acesso em: 10/05/2010

_____. O método clínico 3- *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 191-194, junho 2008. Disponível em:
<http://www.psicopatologiafundamental.org/app/index.php#artigo2/2/1947/1/107>.
 Acesso em: 10/05/2010

_____. O método clínico 5 – Disponível em:
<http://www.psicopatologiafundamental.org/app/index.php#artigo2/2/1949/1/107>.
 Acesso em: 10/05/2010

_____. Breve nota sobre “O caso Filiscos” e Hipócrates, seu autor. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, ano 22, n. 2, p. 55-57, junho. 2009.

_____. Editorial. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 173-176, junho. 2010.

BERRIOS, Germán, E. Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. Tradução de Laura de los Ángeles Díaz Rodríguez – México: FCE, 2008

CARVALHO DA SILVA, P. J. O romano que virou pássaro: considerações sobre o relato de caso. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IX, n. 4, p. 701-705, dezembro. 2006.

CECCARELLI, Paulo Roberto. A Contribuição da Psicopatologia Fundamental para a saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 13-25, março. 2003.

FREUD, Sigmund, ABRAHAM, Karl. Correspondencia completa. 1907-1926. Tradução: Thomas SCHILLING. Editorial Síntesis, Madrid, 2001.

FREUD, Sigmund. Obras completas. Tradução de Luis Lopes-Ballesteros y de Torres. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____ 1887-1902. Los orígenes del Psicoanálisis. Cartas a Wilhelm Fliess- Manuscritos y notas de los años 1887 a 1902. In: *Obras completas*. Tradução de Luis Lopes-Ballesteros y de Torres. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. v.I, p. 3433-3656.

_____ 1892-1893. Un caso de curación hipnótica. In: *Obras completas*. Tradução de Luis Lopes-Ballesteros y de Torres. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. v.I, p. 22-29.

_____ 1893. Charcot, 1893. In: *Obras completas*. Tradução de Luis Lopes-Ballesteros y de Torres. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. v.I, p. 30-38.

_____ 1894a. Las neuropsicosis de defensa. In: *Obras completas*. Tradução de Luis Lopes-Ballesteros y de Torres. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. v.I, p. 169-177.

_____ 1894b. Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología. In: *Obras completas*. Tradução de Luis Lopes-Ballesteros y de Torres. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. v.I, p. 178-182.

_____ 1894-1895. La neurastenia y la neurosis de angustia. In: *Obras completas*. Tradução de Luis Lopes-Ballesteros y de Torres. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. v.I, p. 183-198.

_____ 1895. Crítica de la neurosis de angustia. In: *Obras completas*. Tradução de Luis Lopes-Ballesteros y de Torres. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. v.I, p. 199-208.

_____ 1896a. La herencia y la etiología de las neurosis. In: *Obras completas*. Tradução de Luis Lopes-Ballesteros y de Torres. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. v.I, p. 277-285.

_____ 1896b. Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa. In: *Obras completas*. Tradução de Luis Lopes-Ballesteros y de Torres. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. v.I, p. 286-298.

_____ 1898. La sexualidad en la etiología de las neurosis. In: *Obras completas*. Tradução de Luis Lopes-Ballesteros y de Torres. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. v.I, p. 317-329.

_____ 1905. Tres ensayos para una teoría sexual. In: *Obras completas*. Tradução de Luis Lopes-Ballesteros y de Torres. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. v.I, p. 1169-1237.

_____ 1905-1906. Mis opiniones acerca del rol de la sexualidad en la etiología de la neurosis. In: *Obras completas*. Tradução de Luis Lopes-Ballesteros y de Torres. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. v.I, p. 1238-1243.

_____ 1910a. Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia («dementia paranoides») (Caso «Schreber»). In *Obras completas*. Tradução de Luis Lopes-Ballesteros y de Torres. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. v.I, p. 1487-1528.

_____ 1910b. Sobre un tipo especial de la elección de objeto en el hombre. In: *Obras completas*. Tradução de Luis Lopes-Ballesteros y de Torres. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. v.I, p. 1625-1630.

_____ 1913. Multiple interes del psicoanalisis. In: *Obras completas*. Tradução de Luis Lopes-Ballesteros y de Torres. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. v.I, p. 1851-1867.

_____ 1914. Introducción al narcisismo. In: *Obras completas*. Tradução de Luis Lopes-Ballesteros y de Torres. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. v.I, p. 2017-2033.

_____ 1914. À guisa de introdução ao narcisismo. In: *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Tradução de Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago Ed.,2004. p. 97-119.

_____ 1915. Lecciones introductorias al psicoanalisis. In: *Obras completas*. Tradução de Luis Lopes-Ballesteros y de Torres. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. v.II, p. 2379-2391.

_____ 1917. Luto e melancolia. In: *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Tradução de Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago Ed.,2004. p. 103-122.

_____ 1924. Neurose e psicose. In: *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Tradução de Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago Ed.,2004. p. 95-102.

_____ 1938 [1040]. Compendio del psicoanalisis. In: *Obras completas*. Tradução de Luis Lopes-Ballesteros y de Torres. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. v.III, p. 3379-3418.

HENCKEL, Marciela. *Impotência sexual masculina*. 2009. 191p. Tese de doutorado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC – SP.

LAPLANCHE, Jean e PONTALIS, J.B., *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo. Ed. Martins Fontes, – 1997.

MAGTAZ, Ana Cecília. *Distúrbios da oralidade na melancolia*. 2008. Tese de doutorado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC – SP.

MALUCELLI, Dayse Stoklos. *Síndrome de Cotard: uma investigação psicanalítica*.

São Paulo 2007 Disponível em:

http://psicopatologiafundamental.org/disserta/tese_malucelli.pdf. Acesso em:

02/2010

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Formulando uma psicopatologia fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo. v. 1, n. 1, p. 60-76. março 1998 <http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/mar8/4.pdf>

TAUSK, Victor. Da gênese do “aparelho de influenciar” no curso da esquizofrenia. In: BIRMAN, Joel (Org.). *Tausk e o aparelho de influenciar na psicose*. São Paulo: Escuta, 1990.

TURNA, José Waldemar Thiesen. *Palavras em torno do copo – sobre a clínica do alcoolismo*. 2008. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC – SP.